

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

ZVJEZDANA DEBOGOVIĆ

**KOMORBIDNI POREMEĆAJI
KAO PREDIKTORI SUICIDALNOSTI
U OBOLJELIH OD DEPRESIVNOG POREMEĆAJA**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2015.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

ZVJEZDANA DEBOGOVIĆ

**KOMORBIDNI POREMEĆAJI
KAO PREDIKTORI SUICIDALNOSTI
U OBOLJELIH OD DEPRESIVNOG POREMEĆAJA**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Klinici za psihijatriju Vrapče, pod vodstvom dr.sc. Tee Vukušić Rukavine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014/2015.

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1. UVOD	1
1.1. Dosadašnje spoznaje....	1
1.2. Sestrinske dijagnoze i intervencije	6
1.3. Terapijski principi liječenja komorbidnih poremećaja.....	10
1.4. Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost.....	11
1.5. Depresija i suicidalno ponašanje	12
1.6. Tjelesne bolesti i suicidalnost.	14
1.7. Suicidalnost u komorbidnim poremećajima.....	15
 2. PROBLEM I SVRHA ISTRAŽIVANJA	 21
2.1. Problem.	21
2.2. Svrha	21
 3. HIPOTEZE I CILJEVI ISTRAŽIVANJA	 22
3.1. Hipoteze istraživanja	22
3.2. Ciljevi istraživanja	23
3.2.1. Osnovni cilj	23
3.2.2. Specifični ciljevi	23
 4. METODA ISTRAŽIVANJA	 24
4.1. Uzorak istraživanja	24
4.2. Mjerni instrument	25

4.3. Statistička analiza	26
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	27
6. RASPRAVA	57
7. ZAKLJUČCI	61
8. ZAHVALA	65
9. LITERATURA	66
10. ŽIVOTOPIS	72
11. PRILOG	73

POPIS KRATICA I OZNAKA

PTSP: posttraumatski stresni poremećaj

APA: Američko psihijatrijsko udruženje

LOM: liječnik opće medicine

HZZJ: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

SZO: Svjetska zdravstvena organizacija

C – SSRS: Upitnik za ocjenu rizika od samoubojstva - Sveučilište Columbia

DSM – IV: Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, četvrta Revizija

FDA: Agencije za hranu i lijekove

WHO: Svjetske zdravstvene organizacije

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

AMA: Best Practices Adolescent Suicide

N: Broj ispitanika

P: Statistička značajnost

df: Stupnjevi slobode

X^2 test: Hi kvadrat test

Komorbidni poremećaji kao prediktori suicidalnosti u oboljelih od depresivnog poremećaja

SAŽETAK

Cilj istraživanja je bila procjena suicidalnosti u bolesnika koji su oboljeli od depresivnog poremećaja u korelaciji sa suicidalnošću u bolesnika koji su oboljeli od depresije i nekog drugog psihičkog poremećaja i/ili tjelesne bolesti.

Istraživanje je provedeno presječnom studijom među 100 bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja i depresivnog poremećaja u komorbiditetu s drugim psihičkim i tjelesnim bolestima koji su liječeni u Klinici za psihijatriju Vrapče, hospitalno i ambulantno od 1. siječnja do 1. svibnja 2015.godine. Dijagnoza depresije, ostalih psihičkih poremećaja i tjelesnih bolesti postavljena je sukladno dijagnostičkim kriterijima MKB-10 i DSM-IV.

Za svakog pojedinog bolesnika iz uzorka, po primitku na bolničko liječenje ili po dolasku na ambulantni pregled, prikupljena su sociodemografska, hospitalna i klinička obilježja, dok se suicidalnost procjenjivala skalom za ocjenu rizika od suicida Sveučilišta Columbia (C–SSRS).

Ispitanici su osim na mono i komorbidne dijagnoze depresije podijeljeni u četiri kategorije: oni koji boluju od depresije, oni koji uz depresiju imaju tjelesnu bolest, oni koji uz depresiju imaju psihički poremećaj i oni koji uz depresiju imaju tjelesnu bolest i psihički poremećaj (multipli morbiditet). Ispitali smo povezanost suicidalnih razmišljanja sa spolom i komorbiditetom, intenzitet i učestalost te razlike u pripremi, pokušaju, broju i načinu suicida.

U odnosu na karakteristike suicidalnosti, posebno su proučavani bolesnici s pokušajem suicida, njih 39, kao ukupni uzorak i podijeljeni u kategorije. Istraženo je postoji li razlika u suicidalnom ponašanju, odnosno u riziku od pokušaja suicida kod osoba koje imaju samo depresiju i onih koji uz depresiju imaju tjelesnu bolest i /ili psihički poremećaj.

Ovim istraživanjem postignut je važan rezultat, dokazano je da komorbiditet nije izuzetak nego pravilo čime se apostrofira važnost prepoznavanja komorbiditeta u kliničkoj praksi. U uzorku istraživanja, koji je limitiran malim brojem ispitanika, vidljivo je da samo 12% bolesnika ima depresivni poremećaj kao zasebnu dijagnozu. Istraživanjem je utvrđeno na razini apsolutnih brojeva i postotaka da je komorbiditet naša klinička stvarnost te da je suicidalnost povezana s brojem dijagnoza odnosno što je veći broj dijagnoza veći je rizik od suicidalnosti.

Analiza uzorka s obzirom na pokušaj suicida pokazuje da je u uzorku bilo 39 depresivnih bolesnika koji su pokušali suicid. S obzirom na proporciju suicidalnih bolesnika u istraživanju, vidi se da se radi o prigodnom, ali premalom uzorku da bi dobiveni rezultati bili na razini statističke značajnosti. Međutim, dobiveni rezultati i trendovi u velikoj mjeri podupiru hipoteze provedenog istraživanja.

Ključne riječi: depresivni poremećaj, komorbiditet, suicidalnost

Comorbid disorders as predictors of suicidality in patients with depressive disorder

SUMMARY

The aim of the research was to assess suicidality in patients suffering from depressive disorder correlated to suicidality in patients who are suffering from depression and other mental disorders and/or somatic diseases.

The study was conducted as cross-sectional study among 100 patients with depressive disorder and depressive disorder in comorbidity with other mental and/or physical illnesses treated in psychiatric hospital Vrapče, with regard to both inpatient and outpatient basis from January 1 to May 1, 2015. The diagnosis of depression, other psychiatric disorders and physical illnesses is set in accordance with the diagnostic criteria of ICD-10 and DSM-IV.

The sociodemographic, hospital and clinical features of each patient in the sample were collected upon receipt for the hospitalization or upon arrival at the check-ups, while suicidality was assessed according to the scale for evaluating the risk of suicide by Columbia University (C-SSRS).

Respondents were divided, in addition to mono and comorbid diagnosis of depression, into four categories: (I) those who suffer from depression, (II) those with both depression and a physical illness, (III) those with both depression and mental disorder and (IV) those with depression, physical illness and mental disorder altogether (multiple morbidity). We examined the correlation between suicidal thinking, sex and co-morbidity. We also examined the intensity and frequency of suicidal thinking as well as the differences in preparation, attempt, the number and manner of suicides.

In relation to the character of suicide, particularly studied patients were those who attempted suicide, 39 of them. They were taken as the total sample and were divided into categories: those who have

depression as a separate disorder, those who have both depression and physical illness, those with both depression and/or other mental disorder, and patients with depression, physical illness and mental disorder altogether.

The research investigated if there is a difference between these groups in suicidal behavior. The main focus was to establish the correlation between the risk of suicide attempts among people with depression alone (mono diagnosis) and those with both depression and physical illness or other mental disorder (comorbidity or dual diagnosis).

The study came to a significant discovery. It was shown that comorbidity is not an exception, but rather the rule which stresses the importance of recognizing comorbidity in clinical practice. In a sample survey, which was limited by a small number of patients, it was shown that only 12% of patients have depressive disorder as a mono diagnosis. The survey found on the level of absolute numbers and percentages that comorbidity is, in fact, our clinical reality, and that suicides are associated with the number of diagnosis- the increased number of diagnosis leads to a greater risk of suicidality.

The analysis of the sample with respect to the suicide attempt shows that the sample consisted of 39 depressed patients who have attempted suicide. Given the proportion of suicidal patients in the study, it can be seen that it is an appropriate, but not a sufficiently large sample that would solidify results at the level of statistical significance. However, the results and trends largely affirm the hypotheses of the study.

Keywords: depressive disorder, comorbidity, suicidality

1. UVOD

1.1. Dosadašnje spoznaje - Definicija depresije

Poremećaji raspoloženja ili afektivni poremećaji najčešći su psihijatrijski entiteti. Kod četvrtine osoba tijekom života pojavit će se neki od poremećaja raspoloženja. Prema studiji Globalnog opterećenja bolestima (Lam i Mok, 2008.) depresivni poremećaj četvrti je na listi, a procjenjuje se da će 2020. godine biti na drugom, a u ženskoj populaciji na prvom mjestu. Udio oboljelih od povratnog depresivnog poremećaja u Klinici za psihijatriju Vrapče porastao je s 309 (4,9%) bolesnika 2001. godine na 994 (12,4%) bolesnika 2010. godine (Bilić, 2011.).

Depresija je mračna bolest našeg vremena i predstavlja veliki izazov. Ubraja se ne samo u najranije opisane bolesti u povijesti medicine, nego i u najčešće psihičke bolesti današnjice. Jedan je od najvećih javnozdravstvenih prioriteta, a smatra se da nastaje kao rezultat interakcije bioloških i psihosocijalnih utjecaja. Dovodi do teške emocionalne patnje i boli u velikog broja osoba, smanjuje radnu sposobnost, povećava rizik od kardiovaskularnih i ostalih tjelesnih bolesti i povezana je s rizikom suicidalnog ponašanja. Glavni simptom je promjena raspoloženja, a sekundarna su obilježja poremećaji nagona i kognicije.

Istraživanja pokazuju da su suicidalna razmišljanja prisutna u 2/3 depresivnih bolesnika, a 15% njih počinu suicid (Wulsin, 1999.). Pokušaji samoubojstva česti su tijekom depresivnog poremećaja, u jednom je istraživanju nađeno da je 62% depresivnih bolesnika pokušalo suicid, češće žene i starije osobe (Beautrais, 1996.).

Depresivni se poremećaj prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti, povreda i uzroka smrti (MKB X, 1994.) pojavljuje u dva oblika;

- depresivna epizoda (F32); epizoda depresije koja se javlja jednom, dok jačina i karakter simptoma određuju njezinu težinu (blaga, srednje teška, teška bez psihotičnih simptoma i teška s psihotičnim simptomima)
- povratni depresivni poremećaj (F33) ili ponavljajući ili rekurentni depresivni poremećaj; ponavljanje depresivnih epizoda, a također može biti blagi, srednje teški, teški bez psihotičnih simptoma i teški s psihotičnim simptomima, u oko 25% bolesnika ponovna aktivacija bolesti javlja se u prvih 6 mjeseci, a 58% bolesnika ima relaps unutar 5 godina. Javlja se kao izolirani poremećaj ili u komorbiditetu s drugim poremećajima mentalnog zdravlja te s poremećajima tjelesnog zdravlja kod gotovo svih kroničnih tjelesnih bolesti.

Depresivni je poremećaj najčešći, ne samo od poremećaja raspoloženja, nego i od svih psihijatrijskih poremećaja općenito. Incidencija depresije (broj novooboljelih) od 1915. godine stalno raste. Učestalost depresivnog poremećaja u općoj populaciji je 3,6 do 6,8%, i veća s većom učestalošću u žena nego u muškaraca (Jakovljević, 2004.). Cijelo životna prevalencija depresije kreće se u SAD-u od 5% (Freedman, 1984.) do 17% (Kessler, McGonagle, Zhao, 1994.). Depresija se događa u svakoj životnoj dobi. Najčešća je između adolescencije i 45. godine života, a prosječna je dob javljanja 27 godina (Kessler, 2002.).

U pojavi depresivnog poremećaja obzirom na spol, u dobi do puberteta nema razlika, a kasnije se poremećaj javlja većom učestalošću u žena nego muškaraca. Žene obolijevaju 2 do 2,5 puta češće neovisno o kulturološkim i etničkim razlikama (Nolen-Hoeksema, 2002.). Rizik za obolijevanje od depresije za žene je od 10 do 25%, a za muškarce 5 do 12% (Davey, 2008.). Etničke i geografske razlike u učestalosti depresije su velike. Prevalencija depresivnog poremećaja raste s dobi, od 2,8% među osobama od 18 do 24 godine, 4,6% među osobama od 45 do 64 godine i ponovno pada na 1,6% kod starijih od 65 godina (Vuksan-Ćusa, 2012.).

Kao i u većine psihičkih poremećaja depresivni poremećaj može imati više uzroka; biološke, psihološke, socijalne te duhovne. Biološka tumačenja nastanka depresije polaze od nasljednih čimbenika, preko neuroanatomskih, metaboličkih, neurotransmitorskih promjena, do endokrinoloških osobitosti.

Naslijeđe ima bitnu ulogu u nastanku depresije, iako je ona manja nego u bipolarnim poremećajima. Depresivni bolesnik među svojim rođacima ima više osoba oboljelih od depresije nego zdrava osoba (Akiskal, 1989.), a njegovi najbliži srodnici imaju 1,5 do 3 puta veći rizik za obolijevanje od depresije (Shih, Belmonte i Zandi, 2004.).

Depresija je, uz shizofreniju, među najsloženijim genskim bolestima. Ona se prenosi poligenski, a do danas nisu otkriveni geni koji u tome sudjeluju. Pretpostavlja se da značajnu ulogu ima polimorfizam gena uključenih u metabolizam serotonina (Caspi, Sugden, Moffitt i sur., 2003.) i dopamina (Lopez Leon, Croes, Sayed-Tabatabaei i sur., 2005.). U etiologiji depresije na naslijeđe „otpada“ 30%, a preostali se dio može objasniti drugim čimbenicima (Agrawal, Jacobson, Gardner i sur., 2004.).

Moderne tehnologije govore o ulozi stresa u nastanku poremećaja tako što on može aktivirati sklonost depresiji preko genetske, biološke osnove i negativnih prijašnjih iskustava, emocionalne iscrpljenosti, određenih formiranih modela ponašanja ili karakteristika ličnosti.

Klinička obilježja depresije očituju se pojavom kraćih ili duljih depresivnih epizoda što predstavljaju vrlo raznovrsne kombinacije i varijacije 10 jasno definiranih simptoma. Prema važećoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti za dijagnozu depresivne epizode potrebno je prisustvo najmanje 2 do 3 zajednička ili temeljna simptoma i najmanje 2 do 7 dodatnih simptoma u trajanju od 2 tjedna (MKB X, 1994.).

Temeljni ili zajednički depresivni simptomi su:

1. Smanjeno ili depresivno raspoloženje koje nije normalno ili uobičajeno za određenu osobu, prisutno veći dio dana i gotovo svaki dan, bez većeg utjecaja životnih okolnosti
2. Gubitak interesa i zadovoljstva (anhedonija) u uobičajenim životnim aktivnostima koje inače pružaju zadovoljstvo, zabavu i užitak
3. Smanjenje ili gubitak životne energije i pojačano zamaranje

Dodatni ili drugi depresivni simptomi:

1. Gubitak samopouzdanja i smanjeno samopoštovanje
2. Bezrazložan osjećaj samoprijekora i bezrazložne krivnje
3. Ponavljajuće misli o smrti ili samoubojstvu ili potencijalno suicidalno ponašanje
4. Smanjena sposobnost koncentracije i razmišljanja, te neodlučnost i kolebljivost
5. Promjena psihomotorne aktivnosti u vidu psihomotorne otkočenosti, nemira i agitacije, ili psihomotorne usporenosti, zakočenosti ili inhibicije
6. Poremećaj spavanja; nesanica (insomnija) ili pretjerano spavanje (hipersomnija)
7. Promjena apetita; smanjen ili pojačan, uz porast ili s gubitak na tjelesnoj težini

Ako simptomi traju kraće od 2 tjedna govorimo o *kratkotrajnoj depresivnoj epizodi*, koja može biti prolazna reakcija na stres, sastavnica predmenstrualnog disfornog poremećaja ili pojavni oblik ponavljajućeg kratkog depresivnog poremećaja. Ako su prisutna 2 zajednička i 2 ostala depresivna simptoma radi se o *blagoj depresivnoj epizodi*. Ako su prisutna 2 zajednička i 3 do 4 ostala simptoma, riječ je o *umjereno izraženoj depresivnoj epizodi*, a kada su prisutna sva tri zajednička i najmanje 5 do 6 ostalih simptoma to je *teška depresivna epizoda*.

Pravovremenim prepoznavanjem i što ranijim početkom liječenja depresivnih poremećaja može se zaustaviti i spriječiti daljnje propadanje živčanih stanica. Više od polovice pojedinaca s prvom epizodom depresije imaju prodromalni period bolesti, blage simptome depresije i strah koji se može uočiti mjesecima prije postavljanja dijagnoze.

Veliki depresivni poremećaj je kronična relapsirajuća bolest. Kod 25% bolesnika dogodit će se relaps u prvih šest mjeseci; kod njih 58% unutar prvih 5 godina, i kod 85% bolesnika unutar 15 godina od prvog oporavka. Broj relapsirajućih bolesnika uvećava se ovisno o broju prethodnih epizoda bolesti. Dvije trećine bolesnika s velikim depresivnim poremećajem će se potpuno ili većim djelom oporaviti, dok će kod jedne trećine bolesnika zaostati simptomi ili će postati kronično bolesni. Bolesnici sa zaostalim simptomima imaju veći rizik za relaps bolesti, počinjenje suicida, loše psihosocijalno funkcioniranje i veći pobol od drugih tjelesnih bolesti (Lam i Mok, 2008.).

Prema suvremenim biološkim teorijama nastanka depresije navodi se da je ona progresivna pa i degenerativna bolest, ostavlja posljedice u smislu bržeg propadanja moždanih stanica što pak u kliničkom smislu može utjecati na poremećaj kognitivnih, odnosno spoznajnih funkcija. Depresija uzrokuje porast socijalne disfunkcionalnosti 23 puta veći nego što je to u općoj populaciji. Depresivni bolesnici imaju dva puta veći mortalitet od opće populacije (Cuipers i Smit, 2002.), uzrok je tome dijelom suicidalnost, a dijelom rizik od razvoja drugih tjelesnih bolesti.

U bolesnika s depresivnim poremećajem moguć je komorbiditet čitavog niza drugih psihičkih poremećaja. Depresija se pojavljuje u komorbiditetu s *anksioznim poremećajima* (socijalna fobija, panični poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), *poremećajima u prehrani* (anorexia, bulimija), *organskim poremećajima*, *poremećajima osobnosti* - 15% (granični, antisocijalni, narcistični), *ovisnostima o alkoholu*, *psihotičnim poremećajima te impulzivno-kompulzivnim spektrom* (ovisnost o kocki, kompulzivno kupovanje).

Od tjelesnih bolesti depresija se pojavljuje s različitim bolestima, obično onima kroničnog tijeka, nepovoljne prognoze, koje dovode do smanjenog funkcioniranja i invaliditeta koji su praćeni bolnim sindromima. To su srčane bolesti, bolesti dišnog sustava, zloćudne bolesti, metaboličke bolesti, endokrinološke bolesti (dijabetes, hipotireoza). Depresija prati i niz neuroloških bolesti i oštećenja; cerebrovaskularne bolesti i njene posljedice (inzult), Parkinsonovu bolest, epilepsiju, tumore mozga. U starijih bolesnika se depresija redovito pojavljuje u komorbiditetu s tjelesnim bolestima i oštećenjima (Begić, 2011.).

Socioekonomske posljedice su velike. Od 2000. godine depresija je vodeći uzrok radne nesposobnosti u razvijenim zemljama. Troškovi liječenja antidepresivima, dani bolovanja i prerane smrti su veliki, ali neliječenje depresije donosi još veće troškove (Taylor, 2003.). Stoga je važno započeti s liječenjem što ranije kako bi se poboljšala radna i socijalna funkcionalnost i izbjegao razvoj tjelesnih bolesti povezanih s depresijom.

Klinički postupak liječenja depresivnih bolesnika uključuje prihvaćanje općih principa koji uključuju pažljivu dijagnostiku i ocjenu težine simptoma, stvaranje terapijskog saveza i prihvaćanje liječenja, odabiranje dokazano učinkovitog liječenja te praćenje bolesnika i učinkovitosti liječenja. Za mnoge bolesnike depresija je ponavljajuća ili kronična bolest, a rad po navedenim principima omogućuje bolje rezultate liječenja. Temelj uspješne borbe protiv depresije čine antidepresivi različitih mehanizama djelovanja. Izbor antidepresiva ovisi o trenutnom stanju bolesnika, prethodnom liječenju, kliničkoj slici, podnošenju lijekova, drugim komorbidnim bolestima i stanjima te iskustvu liječnika. Danas se smatra nužnim da bolesnik uzima antidepresive najmanje godinu dana ako se radi o prvoj depresivnoj epizodi, odnosno 3 do 5 godina ukoliko je depresija ponavljajuća. Jedan od čestih uzroka neuspješne terapije je nedovoljna doza lijeka ili prijevremeni prekid terapije. Najčešći razlozi za to su nuspojave lijekova i/ili neinformiranost bolesnika i obitelji. Cilj liječenja nije samo otklanjanje simptoma depresije, nego i uspostava dugotrajnog dobrog stanja i prevencija novih depresivnih epizoda.

Osim antidepresiva često je zbog komorbidnih anksioznih simptoma i nesanice bolesnicima potrebno u terapiju uvesti anksiolitike. To je osobito važno kad znamo da je antidepresivima potreban period od 10 do 14 dana da pokažu djelovanje, a patnju bolesnika potrebno je što prije olakšati. Kod teške i/ili rezistentne depresije potrebna je kombinacija antidepresiva različitih mehanizama djelovanja ili dodavanje antipsihotika. Ako liječenje lijekovima nije dovoljno učinkovito uvode se druge biološke metode liječenja poput elektrokonvulzivne terapije, transkranijske magnetne stimulacije, terapije svjetlom te deprivacije spavanja. Složenije metode liječenja važno je provoditi u bolničkim uvjetima.

Danas znamo da je liječenje bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja kompleksno. Učinkovit primjena farmakoterapije, psihoterapijskih, socioterapijskih i psihosocijalnih postupaka bitno će umanjiti troškove u zdravstvenom sustavu i poboljšati stanje i funkcioniranje bolesnika.

1.2. Sestrinske dijagnoze i intervencije

Depresiju karakterizira skup različitih simptoma koji značajno utječu na svakodnevni život oboljele osobe, smanjujući sposobnost obavljanja različitih aktivnosti i uživanje u životu. Simptomi depresije mogu prouzročiti znatnije poteškoće i umanjiti sposobnost funkcioniranja na poslu, u obitelji ili u društvu. Da bi sestrinska skrb za te bolesnike bila primjerena, uz poznavanje simptoma depresije, nužno je na osnovu procjene trenutnog bolesnikovog stanja prepoznati potrebe za zdravstvenom njegom, definirati probleme, planirati i provesti sestrinske intervencije te pratiti uspješnost.

Intervencije su medicinske sestre usmjerene na pomoć u svakodnevnim aktivnostima, ublažavanje simptoma, jačanje samopouzdanja, razvijanje vještina potrebnih za život, suočavanje sa stresom, učenje socijalnih vještina, prepoznavanje protektivnih i rizičnih faktora, edukaciju bolesnika i obitelji, a sve s ciljem oporavka, osnaživanja i povećanja kvalitete života. U svakodnevnom sestrinskom radu i skrbi za depresivne bolesnike sestra treba osvijestiti važnost svog empatijskog kapaciteta i sposobnost podrške. Bolesniku pomoći u jačanju osjećaja sigurnosti, uspostaviti povjerenje, slušati ga i razumjeti.

Standardizirane psihijatrijske dijagnoze vezane uz pojedine poremećaje ne postoje, već se one formuliraju zasebno za svakog bolesnika na osnovu njegovih potreba. Bolesnici često boluju od samo jedne medicinske dijagnoze, ali imaju više sestrinskih dijagnoza koje se međusobno isprepliću i nadovezuju. Sestrinske dijagnoze formiraju se nakon procjene potreba bolesnika, a intervencije provode prema prioritetu.

Moguće sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi depresivnih bolesnika prikazat ćemo uz afektivno-voljne, bihevioralne (ponašanje), tjelesne ili vegetativne i kognitivne simptome (Tablica 1).

Tablica 1. Sestrinske dijagnoze afektivno-voljnih, ponašajnih, tjelesnih i kognitivnih simptoma

SESTRINSKE DIJAGNOZE			
AFEKTIVNO VOLJNI SIMPTOMI	PONAŠAJNI SIMPTOMI	TJELESNI SIMPTOMI	KOGNITIVNI SIMPTOMI
Sniženo raspoloženje	Uznemirenost	Umor	Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije
Anksioznost	Napetost	Nesanica	Neodlučnost
Osamljenost	Usporenost	Pretjerano spavanje	Smanjen stupanj samopouzdanja
Zabrinutost	Smanjenje/gubitak interesa	Smanjen ili povećan unos hrane	Osjećaj bezvrijednosti
Krivnja	Smanjeno zanimanje i uživanje u aktivnostima	Pothranjenost	Osjećaj krivnje
Sram	Socijalna izolacija	Pretilost	Poremećaj samopouzdanja
	Smanjena mogućnost verbalne komunikacije	Smanjen unos tekućine	Smanjena mogućnost verbalne komunikacije
	Smanjena tjelesna aktivnost		

Negativne misli – disfunkcionalan način razmišljanja

Osobe u depresiji sve promatraju na negativan način. Negativne misli stalno su prisutne, djeluju na raspoloženje i aktivnosti bolesnika te mogu pojačati bolove kod već postojećih tjelesnih bolesti. Depresija i tjeskoba često su uzrokovane ili pojačane negativnim mislima.

Cilj postupka s disfunkcionalnim/negativnim mislima, pratećim osjećajima i ponašanjem je da osoba pokuša utjecati na začarani krug negativne misli – neugodni osjećaji – neučinkovito ponašanje. Educirati ga kako se fokusirati na misli, otkriti misli i osjećaje u određenim situacijama, ispitati realističnost misli i pokušati ih zamijeniti s realističnijim/pozitivnim mislima i shodno tome odabrati adekvatnije ponašanje. Promjene u osjećajima i ponašanju pomoći će u svladavanju depresije, porastu zadovoljstva i izlasku iz osamljenosti. Utjecaj na disfunkcionalne/negativne misli može dovesti do poboljšanja stanja i može prevenirati ponovnu pojavu depresije.

Ponavljajuća razmišljanja o smrti, ideje o samoozljeđivanju ili pokušaji suicida

Suicidalna razmišljanja prisutna su u oko 80% depresivnih bolesnika. Najveća je opasnost od suicidalnog ponašanja kad bolesnik izlazi iz depresije uz povratak inicijative, a još prisutnu percepciju bolesti i često lošu psihosocijalnu situaciju kao i prije nego depresija dosegne svoj maksimum. Rizik je veći u prvih šest mjeseci nakon otpusta s bolničkog liječenja (Buchholtz-Hansen, 1993.).

Karakteristike bolesnika povezane s pojačanim rizikom su beznade, bespomoćnost, ograničena mogućnost sagledavanja alternativnih rješenja i rješavanja problema, prevladavanje disfunkcionalnog načina razmišljanja koje sagledava samo najlošije ishode, nisko samopoštovanje, orijentiranost na sadašnjost i teškoće projekcije u budućnost.

U boljoj procjeni rizika i izbjegavanju zablude preporuka je korištenje standardiziranih upitnika ili skala, kojima procjenjujemo razinu suicidalnog rizika (niska, srednja, visoka). Skale i strukturirani intervjui za procjenu rizika sadrže niz korisnih informacija koje pomažu u procjeni rizika, npr. podaci o ranijim suicidalnim pokušajima i razmišljanjima, zlorabi alkohola i psihoaktivnih tvari, podaci o teškoćama logičkog razmišljanja, procjena socijalne podrške, postojanje suicidalnog plana, postojanje zaštitnih faktora, odnosno razloga za život kao što su obitelj, religiozni razlozi i pozitivni stavovi o životu. Sestrinske dijagnoze ovise o vrsti simptoma i njihovom intenzitetu, a moguće sestrinske dijagnoze disfunkcionalnog i suicidalnog razmišljanja prikazuje Tablica 2.

Tablica 2. Sestrinske dijagnoze disfunkcionalnog i suicidalnog razmišljanja

SESTRINSKE DIJAGNOZE	
DISFUNKCIONALNI NAČIN RAZMIŠLJANJA	SUICIDALNA RAZMIŠLJANJA
Tjeskoba	Visok rizik za samoozljeđivanje
Sumoran i pesimističan pogled na budućnost	Visok rizik za suicid
Negativno predviđanje budućnosti	Intenzivna suicidalna razmišljanja
Umanjena sposobnost podnošenja ili rješavanja problema	Razrađen plan samoubojstva
Neefikasno sučeljavanje sa stresnim situacijama	Promijenjeni proces mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Suicidalna ponašanja vrlo su ozbiljna. Najveći rizik su osobe koje planiraju nasilnu smrt, imaju specifičan plan i dostupna sredstva. Plan sestrinske skrbi usmjeren je na zaštitu bolesnika od ozljeda kao i pružanju podrške i intervencija koje će kod bolesnika umanjiti intenzitet i učestalost suicidalnih razmišljanja. Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskih bolesnika olakšavaju komunikaciju, unapređuju sestrinsku praksu i kvalitetu skrbi suicidalnih bolesnika.

Cilj postupanja sa suicidalnim mislima je smanjiti rizik od suicida. Osim edukacije o simptomima i specifičnostima depresivnog poremećaja iznimno je važno razgovarati o postupcima prevencije ili smanjenja suicidalnih razmišljanja. Bolesniku je potrebno naglasiti da o suicidalnim mislima treba govoriti, a kod pojave suicidalnih misli uvijek se sjetiti razloga za život i zabilježiti ih. Razlozi za život osim odgovornosti za obitelj, ljubav prema djeci ili supružniku, osjećaj krivnje, strah, uključuju i religiju te nadu i želju za izlječenjem. Potrebno je zajedno s bolesnikom sklopiti antisuicidalni ugovor i isplanirati postupke prevencije. Prevencija samoubojstva uključuje cjelokupni klinički rad, a intervencije se odnose na sve stupnjeve destruktivnih pojava, od pomisli na suicid, do ozbiljnih suicidalnih kriza ili pokušaja.

1.3. Terapijski principi liječenja komorbidnog poremećaja

Pregledom dostupne literature stječe se dojam da je pojam komorbidnosti vrlo često spominjan. Sam pojam objašnjava se pojavnošću dviju pa i više dijagnoza koje jedan bolesnik može imati istodobno. Često se u literaturi nailazi i na istoznačno nazivlje, poput dualnog poremećaja, odnosno dualne dijagnoze. Pojam u svakom slučaju nije dostatno konceptualiziran, ali nije niti slučajna, niti je posljedica upotrebe raznih metodologija prikupljanja uzoraka, a nije niti svojstven samo određenoj populaciji ili dijagnostičkoj kategoriji. Naime, radi li se uistinu o istodobnoj pojavnosti dviju ili više različitih bolesti ili o značajnijoj manifestaciji jedne bolesti u određenom vremenskom razdoblju, te na koji način one utječu jedna na drugu, te radi li se o zajedničkim ili različitim etiologijama tih bolesti, upućuje na važnost pravodobne psihijatrijske dijagnostike i brze terapijske intervencije.

Bolesnici s dualnom dijagnozom imaju dva ili više problema. Oba poremećaja ili više njih u svojoj interakciji u nekom stupnju uzrokuju psihološku patnju i nesposobnost. Stoga je pravodobna dijagnostika i brza terapijska intervencija neophodna, jer su patnja i nesposobnost u komorbidnim dijagnozama veći nego što bi bili u svakom poremećaju pojedinačno. Naime, jedna bolest potiče egzacerbaciju druge, a bolesnici s dualnim dijagnozama puno češće zahtijevaju hospitalizaciju.

Komorbidni poremećaji zahtijevaju kompliciraniji tretman nego svaki poremećaj pojedinačno. Postavlja se pitanje jesu li psihološka patnja i nesposobnost uzrokovani simptomatikom jedne bolesti ili pak druge, ili su posljedica zajedničkog prisustva obaju poremećaja. To dalje nameće pitanje kako liječiti komorbitet, kojem poremećaju dati primat u liječenju, možemo li ga uopće dati, ili poremećaje treba liječiti istodobno?

U pristupu bolesnicima s komorbidnim poremećajem treba slijediti naredne korake:

- Pravovremeno prepoznavanje problema i rješavanje prema prioritetu
- Korekcija psihofizičkog dekompenziranog stanja lijekovima, nutritivnim preparatima
- Uspostavljanje socijalne potpore, boljeg i kvalitetnijeg obiteljskog funkcioniranja putem edukacije o bolesti, liječenju i potrebama oboljelog člana
- Razvijanje vještina komunikacije
- Jačanje pozitivnog ponašanja i razvijanje bolesnikove sposobnosti putem učenja boljeg suočavanja sa stresnim situacijama te treniranja socijalnih vještina
- Poticanje aktivnosti svakodnevnog života

1.4. Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost

Novi koncepti razumijevanja suicidalnosti objašnjavaju se manje konceptom psihijatrijskih poremećaja, a više konceptom stresne diateze. Međutim, činjenica je da se više od 90% suicida događa u osoba koje u razdoblju prije suicida zadovoljavaju kriterije za dijagnozu nekog od psihijatrijskih poremećaja (Maris i sur., 2000.). Afektivne bolesti (velika depresija, bipolarni i shizoafektivni poremećaj) najčešće su dijagnoze među počiniteljima i čine 60% do 70% suicida. Doživotni rizik od suicida kod bolesnika s depresijom je 15% (Guze SB, 1970.).

Psihijatrijski poremećaji koji nose najveći rizik za počinjenje suicida jesu **veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj i alkoholizam** (rizik je između 10% i 15%, a razlikuje se ovisno o studiji), zatim shizofrenija, poremećaji osobnosti (antisocijalni, granični, histrionični, narcistični poremećaji) te ovisnosti. Suicidalni rizik veći je među ljudima sa psihijatrijskim poremećajima (Hopes, 1999.) i među onima koji konzumiraju alkohol (Makela, 1996.). Psihološki poremećaji češći su kod žena koje su počinile suicid (59,8%), a alkoholizam kod muškaraca (Hopes, 1999.). Ovisnost o alkoholu i drogama mogu biti znatni suicidogeni čimbenici, time što smanjuju inhibiciju i anksioznost pa osoba stječe „snagu“ da poćini suicid. Među najizraženije čimbenike rizika za suicidalno ponašanje spadaju raniji pokušaji suicida (Hawton i van Heeringen, 2000.; Cheng i sur., 2000.). Ono što je korisno jest da se samoubojstvo u bolesnika, kao i u općoj populaciji, čini povezanim s često neprepoznatim komorbidnim psihijatrijskim bolestima, uključujući depresiju, poremećaje zbog zlouporabe sredstava ovisnosti, delirij, demenciju i poremećaj osobnosti.

U kliničkoj praksi je važno procijeniti rizik od suicidalnog ponašanja i njegov intenzitet. Nema specifične farmakoterapije u lijećenju suicidalnog ponašanja, ali se primjenjuju različite skupine lijekova. Velika je kontroverza mogu li određeni lijekovi povećati sklonost ekspresiji suicidalnog ponašanja ili preveniraju njegov početak kod osoba pod povećanim rizikom (Baldessarini, 1999.). Liječenjem simptoma djelujemo na ekspresiju suicidalnog ponašanja (Ernst, 2004.). Ipak, istraživanja pokazuju da je porast u propisivanju antidepresiva pridonio padu suicida (Carlsten, 2001.). Izbor psihofarmaka ovisi o težini bolesti, suicidalnom riziku, sigurnosti i učinkovitosti lijeka, nuspojavama ili interakcijama s drugim lijekovima, bolesnikovoj suradnji, socijalnoj potpori i tjelesnom komorbiditetu. Preventivni postupci obuhvaćaju adekvatno i pravovremeno prepoznavanje osnovne psihijatrijske bolesti, komorbiditeta te suicidalnog ponašanja bolesnika uz uvođenje odgovarajućih psihofarmaka, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka (APA Practice Guidelines, 2004.).

1.5. Depresija i suicidalno ponašanje

Depresija je znatan psihijatrijski problem s nedovoljnim postotkom otkrivenih slučajeva i često neadekvatnim liječenjem. Nosi i veliki rizik samoubojstva. Unutar depresivnog poremećaja, prema riziku suicidalnosti, izdvaja se „melankolična depresija“ s izrazito smanjenim samopouzdanjem, snažnim osjećajem krivnje i samooptuživanja, naglašenom anhedonijom, uz psihomotoričke promjene, anoreksiju te poremećaje sna. Osjetljiva skupina su starije osobe, u kojih je suicidalno ponašanje letalnije u odnosu na druge dobne skupine, a čija je depresivnost često proglašena ranim znakom demencije. Starije osobe rjeđe izjavljuju suicidalne nakane (Nemeroff, 2001.).

Bolni sindromi ili tjelesne bolesti, u tzv. maskiranoj depresiji, mogu maskirati ne samo depresiju, već i suicidalno ponašanje. Uz distimiju, kao trajni obrazac poremećenog raspoloženja, pojava depresivne epizode ima lošiji ishod liječenja i veći rizik za samoubojstvo. Čak 60% depresivnih bolesnika su neprepoznati kao takvi, a svega 18% prepoznatih bolesnika dobije adekvatno liječenje (Jakovljević, 2004.).

Suicidalno ponašanje prisutno je u svim oblicima depresije, ne samo u najtežim oblicima, iako rizik suicida raste s težinom bolesti (Malone, 1995.). Doživotni rizik od suicida kod bolesnika s depresijom je 15% (Guze Sb, Robins E, 1970.). Suicidalni rizik kod velikog depresivnog poremećaja je 20 puta veći nego u općoj populaciji (Harris, 1997.). Suicid se obično javlja tijekom depresivne epizode – 79% (Isometsa i sur, 1994.).

Više od 60% osoba koje su počinile suicid konzultirale su psihijatra u godini prije samog čina, a u mnogim slučajevima tjedan dana prije (Wasserman, 2001.), no samo je mali broj bolesnika dobio adekvatnu terapiju za depresiju (Lonngvist, 2000.). Žene imaju više kontakata sa psihijatrima, dok muškarci više kontaktiraju liječnike opće medicine ili druge liječnike. Također, muškarci rjeđe od žena iznose suicidalne nakane (Wasserman, 2001.). Češće javljanje u žena različito se objašnjava. Ono uključuje biološka, psihološka i socijalna tumačenja. Žene više od muškaraca pokazuju obrazac bespomoćnosti i sklonije su pasivnom pristupu i razmišljanju o svojoj situaciji, što izaziva depresiju ili produbljuje postojeću. Dio odgovornosti ima i učenje spolnih uloga u djetinjstvu. U dječaka se potiču aktivnost i suočavanje s problemima, a djevojčice se uči razmišljati o vlastitim osjećajima i njihovim uzrocima. Muškarci nauče biti manje bespomoćni (i depresivni) od žena, koje više analiziraju svoju situaciju (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, 1990.).

Razlike u pojavnosti depresivnih poremećaja u odnosu na spol kazuju da žene češće obolijevaju od depresije od muškaraca. Žene obolijevaju 2 do 2,5 puta češće iz više razloga; prvi je vjerojatno transgeneracijski i transkulturalno uvjetovan, a odnosi se na položaj žene u suvremenom društvu. Naime, njezin je položaj gotovo izjednačen u svim pravima, ali i obavezama u odnosu na muškarce. One rade, privređuju, zarađuju, a uz sve to one su i dalje majke, supruge, te imaju obaveze koje spadaju u datost ženskog bića. Takva zahtjevnost pozicija u socioekonomskom smislu, koju nameće suvremeno društvo, uistinu može imati izvor iscrpljenja koje dovodi do depresije. Drugi je razlog to što se žene i biološki razlikuju od muškaraca, posebice u odnosu na hormonalni status koji je kod žena vrlo promjenjiv, a koji može direktno, putem bioloških procesa u mozgu, uvjetovati pojavu raznih, pa i depresivnih poremećaja. Oscilacije spolnih hormona i smetnje u funkciji štitnjače češće su u žena. Naime, ne treba zaboraviti da se depresivnost u muškaraca često skriva iza raznoraznih agresivnih i razdražljivih ponašanja ili prekomjernog uživanja alkohola.

Simptomi depresivnog poremećaja u žena češće su povećan apetit i porast tjelesne težine, jače izraženi anksiozni i tjelesni simptomi. Tipični simptomi kod muškaraca su nesanica i gubitak težine, a atipični iritabilnost, agresivnost, gubitak kontrole. Obzirom na suicidalnost žene imaju više pokušaja, tri puta manje dovršenih suicida te koriste manje nasilne metode. Razlike su i u trajanju bolesti; kod žena poremećaj se pojavljuje u ranijoj dobi, epizode duže traju i češće se ponavljaju, razvija se kroničnost. Žene u komorbiditetu imaju veći udio anksioznih poremećaja i poremećaja hranjenja, a muškarci imaju veći udio alkoholizma i ovisnosti.

U dijagnosticiranju depresivnih bolesnika često se previđa i neadekvatno liječi suicidalnost. U liječenju depresivnog suicidalnog bolesnika važno je liječiti depresiju, a da se pri tome uzima u obzir moguću suicidalnost u svakoj fazi bolesti, komorbiditet i ostale čimbenike rizika vezane uz depresivnost i suicidalnost općenito. Pravovremenim otkrivanjem i liječenjem depresije očekuje se smanjenje suicidalnih ponašanja, a time i broja suicida.

Depresivnog suicidalnog bolesnika najbolje je liječiti bolnički uz intenzivni nadzor i što ranije započinjanje terapije. Uz psihofarmake i moguću elektrostimulativnu terapiju, psihoterapija, socioterapija i psihosocijalni postupci nezaobilazne su metode liječenja. Suicidalnost je indikacija za prisilnu hospitalizaciju kako je i zakonski određeno. Pri liječenju depresivnog bolesnika važno je znati da rizik samoubojstva nije najveći kad je bolesnik u najdubljoj fazi depresije. U toj fazi psihomotorna retardacija, te izrazita anergija i bezvoljnost umanjuju svako bolesnikovo djelovanje, pa tako i suicidalno ponašanje (Buchholtz-Hansen i dr., 1993.).

1.6. Tjelesne bolesti i suicidalnost

Povezanost tjelesnih bolesti i suicidalnog ponašanja vrlo je kompleksna. Post mortem studije pokazuju kako kod 25 do 75% žrtava suicida postoji neka tjelesna bolest, a smatra se da je ona znatan suicidogeni rizični čimbenik kod 11 do 51% žrtava suicida. Tjelesna je bolest bila prisutna u 30 do 40% bolesnika koji su počinili samoubojstvo, povećanog su rizika bolesnici koji boluju od AIDS-a, Huntingtonove bolesti, onkoloških bolesti, multiple skleroze (Harris, Barraclough, 1994.). Švedska studija zaključuje da je tjelesna bolest bitan čimbenik počinjenja samoubojstva, ali su komorbidna psihijatrijska stanja poput depresije, zlouporabe alkohola, delirij i poremećaj osobnosti čimbenici koji više pridonose suicidalnom ponašanju.

Depresija je kod organskih bolesnika važan entitet jer je njezina prevalencija u ovoj skupini (10 do 14%) gotovo dvostruko češće nego u općoj populaciji i značajnog učinka na morbiditet i mortalitet (Glassman i Shapiro, 1998.). U primarnoj zdravstvenoj zaštiti tjelesni su simptomi često vodeći na koje se bolesnici s depresivnim poremećajem žale. U radu objavljenom u časopisu *New Journal of Medicine* (Simon i sur., 1999.) na uzorku od 1.146 bolesnika s velikim depresivnim poremećajem u ambulantni liječnika opće medicine (LOM), čak 69% bolesnika pri dolasku iznosi neobjašnjive tjelesne simptome kao glavne tegobe. Rizični čimbenici uključuju otprije prisutnu psihopatologiju, smanjenu sposobnost nošenja s psihičkim i emocionalnim stresom, negativno programiran životni obrazac i negativno gledanje na životne vrijednosti, uz izostanak adekvatne podrške obitelji i socijalne zajednice.

Klinički gledano, postojanje tjelesne dijagnoze u procjeni rizika za samoubojstvo nije dovoljno u kliničkom odlučivanju, uvijek je potrebno procijeniti i psihičko stanje bolesnika. Suvremena literatura sve više upozorava na povezanost između depresije i **kronične boli**, kako na neurobiološkoj, tako i na kliničkoj razini, depresija je puno češća kod pacijenata s kroničnom boli nego u općoj populaciji, što je potvrđeno brojnim istraživanjima (Brown, 1990.). Prisutnost depresije pogoršava ostale medicinske bolesti, interferira s terapijom i pojačava negativan utjecaj na kvalitetu života bolesnika, uz veći intenzitet boli, dulje trajanje boli, manju životnu kontrolu, korištenje pasivnih strategija suočavanja te intenzivnim promjenama u ponašanju (Braš i sur., 2006.). Depresija povezana s kroničnom boli može pridonositi suicidalnim idejama i ponašanju (Fishbain, 1999.). Kao mogući rizični čimbenik za suicidalno ponašanje u bolesnika s kroničnom boli, uz simptome depresije i/ili anksioznosti, treba promatrati i poremećaj spavanja, intenzitet i trajanje boli, obiteljsku anamnezu na suicid, zlouporabu tvari i druge čimbenike.

1.7. Suicidalnost u komorbidnim poremećajima

Suicid je važan psihopatološki entitet koji, zbog njegove kompleksnosti i fenomenologije, treba promatrati s različitih aspekata. U modernom svijetu on je također važan sociopatološki entitet; u većini europskih zemalja broj suicida je značajno viši od broja smrti uzrokovanih prometnim nesrećama (Schmidke, 1997.). U većini europskih zemalja suicid je među deset najčešćih uzroka smrti.

Sa 17,8 samoubojstava na 100.000 stanovnika Hrvatska se svrstava u zemlje visokog rizika, kaže istraživanje Svjetske zdravstvene organizacije i Registar počinjenih samoubojstava u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo za 2009. godinu. Stope smrtnosti zbog izvršenih samoubojstava po županijama Hrvatske pokazuju značajne razlike. U 2009. godini najniže dobno-standardizirane stope smrtnosti zabilježene su u Dubrovačko-neretvanskoj županiji (7,4/100000), a najviše stope u Krapinsko-zagorskoj županiji (32,8/100000). Najčešći način počinjenja samoubojstva u oba spola je vješanje (58% za 2009. godinu) dok u ostalim načinima postoje razlike prema spolu. Praktički sva počinjena samoubojstva vatrenim oružjem registrirana su u muškog spola, dok su u ženskog spola znatnije zastupljeni skok s visine i samootrovanje (HZZJ, Registar izvršenih samoubojstava, 2009.). Suicid češće počine muškarci, dok ga češće neuspješno pokušavaju žene (SZO, 2007.). Najveći broj suicida kod žena bio je u dobi iznad 60 godina, a kod muškaraca iznad 65 godina. Suicid je bio češći kod udanih žena nego kod oženjenih muškaraca, kod žena koje nisu imale djece i bile su nezaposlene (Kozarić-Kovačić, 2002.).

Postoje brojne i različite definicije suicida. Suicid je smrt koja nastaje iz čina nad samim sobom s namjerom oduzimanja života. Riječ „suicid“ potječe iz latinske riječi sui (onaj koji se odnosi na „sebe“) i cide ili cidium (ubijanje, ubojstvo) i prvi je put upotrijebljena 1651. godine (Oxford English Dictionary, 1994.). Prema psihijatrijsko-psihoanalitičkoj definiciji suicid je; ubojstvo (samoubojstvo) i uključuje mržnju ili želju za ubijanjem; ubojstvo koje počini self (krivnja ili želja osobe da bude ubijena); želju za umiranjem (beznade). Prema pravnoj definiciji suicid je poguban, svojevoljan, životno ugrožavajući čin nad sobom bez želje za životom, a implicitne su dvije komponente – letalnost i namjera (Maris, 2000.).

Suicidalnost se može promatrati s više različitih stajališta kao što su psihijatrijsko, sociološko, kulturološko, religijsko i brojna druga. No, tek je interakcijom različitih struka, pristupa i stavova moguće sagledati njegovu kompleksnost i pokušati razumjeti što dovodi do njega, njegovo značenje, opravdanost i mogućnosti njegove prevencije.

Durkheim dijeli suicide u tri kategorije; egoističnu, altruističnu i anomičnu. Egoistični suicid odnosi se na pojedince koji nisu dovoljno integrirani u neku socijalnu skupinu, altruistični na one čije počinjenje suicida proizlazi iz pretjerane integracije u zajednicu, dok se anomični suicid odnosi na osobe čije je uklapanje u zajednicu poremećeno i koje ne mogu slijediti uobičajene norme ponašanja (Sadock, 2003.).

Zbog toga što je literatura o suicidalnosti mnogobrojna, različita, a ponekad i proturječna, kliničari nailaze na teškoće kada procjenjuju povišeni rizik od suicidalnosti kod osobe. Oko 80% suicidalnih bolesnika pokazuje znakove prije samog čina, ali nema jedinstvenog prediktora koji bi upućivao na sam suicid ili presuicidalno ponašanje, nego se radi o spletu mnogobrojnih čimbenika. Nakon što je osoba pokušala izvršiti suicid i nije uspjela, sljedeća je godina najrizičnija, jer vodi ka uspješnom suicidu (Maris, 2000.).

Samoubilačko ponašanje po svojim autoagresivnim karakteristikama spada u grupu tzv. “samouništavajućih” ponašanja čija se osnovna psihopatološka karakteristika sastoji u okretanju protiv samog sebe. Ranih 60-tih godina prošloga stoljeća, E.Stengel govori kako osobe koje su počinile samoubojstvo i osobe koje su pokušale počiniti samoubojstvo čine dvije različite skupine. Prema epidemiološkim podacima o pokušajima suicida, pokušaji suicida su do dvadeset puta češći od počinjenih suicida (SZO, 2006.).

Smatra se da samoubilačko ponašanje ima određenu funkciju i značenje za svaku osobu koja pokuša počiniti samoubojstvo (Jakovljević, 2014.). Značenja samoubilačkog ponašanja mogu biti različita, a autor navodi “apel-alarm” ili poziv u pomoć, samokažnjavanje kao izraz neizdrživog osjećaja krivnje, bijeg iz nepodnošljive situacije, izazivanje osjećaja krivnje i kažnjavanja drugih, ucjenjivanje okoline, impulzivno rasterećenje od napetosti, iskušavanje sudbine, izraz doživljaja besmislenosti života te izraz altruizma ili herojskog djela.

Na temelju brojnih statističko-epidemioloških studija u psihologiji, psihijatriji i suicidologiji postavljene su osnovne teze o činiteljima rizika, odnosno o pravilnostima koje prate suicidalno ponašanje. Poznavanje suicidogenih čimbenika omogućuje samo neke grube konture predikcije samoubojstva. Pri procjeni stanja suicidalnog pacijenta potrebno je obratiti pozornost na tzv. činitelje rizika, a tu su spol, dob, krizne situacije, psihijatrijski poremećaji, organske bolesti, životni stil i psihološka struktura ličnosti, prethodni pokušaji samoubojstva, specifičan i jasan plan samoubojstva, neintegriranost pojedinca u društvo i obiteljska opterećenost samoubojstvom (Hotujac, 2006.).

Brojne su studije pokazale povezanost depresije i suicidalnosti uključujući suicidalne ideje, plan i pokušaje (Sokero, 2003.). Rizik za suicidalni pokušaj tijekom života kod depresivnih bolesnika je 28% (Bernal i sur., 2007.). Nedavni pokušaj samoubojstva u osobe s depresijom označuje osobito visoki rizik samoubojstva (Nordstrom, 1995), dok je mali broj bolesnika s pokušajem samoubojstva adekvatno liječen, kako prije tako i nakon pokušaja (Melfi, 1998.). Rizik za suicidalni pokušaj je približno 40% nakon prve depresivne epizode (Malone i sur., 1995.), a stopa ponavljanja pokušaja unutar prve godine je približno 25% (Bradvik, 2003.).

Jedna od podjela čimbenika rizika je hijerarhijska, gdje se čimbenici rizika za suicid dijele na primarne (psihijatrijski), sekundarne (psihosocijalni) i tercijarne (demografski).

- ***Psihijatrijski čimbenici*** su prisutnost psihičkih poremećaja, izostanak adekvatnog liječenja, komorbiditet drugog psihičkog poremećaja, prethodni suicidalni pokušaji, suicid u obitelji, sklonost impulzivnosti ili beznađu, poremećaj serotoninskog sustava i nizak kolesterol u serumu.
- ***Psihosocijalni čimbenici*** su traumatski događaji u djetinjstvu, recentni i ozbiljni, tzv. negativni životni događaji, nezaposlenost ili gubitak posla, socijalna izolacija, slaba obiteljska i socijalna podrška te pušenje.
- ***Demografski čimbenici*** su muški spol, bijela rasa, adolescentna i mlađa dob u muškaraca, starija dob u oba spola, dijelovi godine (proljeće, osobito mjesec svibanj) te predmenstrualno razdoblje u žena.

Dugoročni su čimbenici rizika beznadnost, suicidalne ideacije, suicidalne namjere te povijest prethodnih suicidalnih pokušaja (Clark, 1992.). Beznadnost se smatra znatnom poveznicom između depresije i suicidalnosti te boljim pretkazateljem rizika za samoubojstvo nego depresija (Gabbard, 2005.). Kod somatskih bolesnika s neoperabilnom zloćudnom bolešću beznadnost znatnije korelira sa suicidalnim idejama nego depresivnost (Chochinov, 1998.).

Vrlo je bitno u svakog suicidalnog bolesnika, uz postavljanje adekvatne dijagnoze, procijeniti osobnost, jer čimbenici osobnosti kao impulzivnost, beznadnost, agresivnost, perfekcionizam i poteškoće u vještinama razrješenja problema, ozbiljni su prediktori suicidalnog ponašanja.

Procjena suicidalnog rizika dio je svake psihijatrijske procjene. Procjena rizika i postupci za smanjenje rizika mogu značajno povećati sigurnost liječenja. Suicidalni rizik je potrebno kontinuirano procjenjivati i ukoliko postoji, planirati postupke za njegovo smanjivanje.

Protektivni čimbenici u procjeni rizika za suicidalno ponašanje su socijalna podrška, vještine razrješavanja problema, postojanje aktivnog liječenja, roditeljstvo, trudnoća, religiozna uvjerenja, zadovoljstvo životom, stupanj testiranja realnosti, strah od socijalnog neprihvatanja te strah od suicida ili smrti.

U liječenju suicidalnih bolesnika uz farmakoterapiju nužne su psihosocijalne intervencije i specifični psihoterapijski postupci. Grupnim seansama i individualnim terapijama suportivnog karaktera, bolesniku se pomaže u pronalaženju novih vrijednosti i promjena životnih stavova. Psihoterapijskim intervencijama, u svrhu redukcije suicidalnosti, nastoji se postići poboljšanje suradljivosti, redukcija beznadnosti, kognitivnih distorzija te povećanje samopouzdanja, socijalne podrške i poticanje interpersonalnih odnosa (Nemeroff, 2001.).

Dakle, liječenje suicidalnosti je kompleksan postupak, različit i specifičan za svakog pojedinca. Ključno pitanje liječenja suicidalnog bolesnika je i odluka o potrebi hospitalizacije. Hospitalizacija je nužna ako bolesnik predstavlja ozbiljnu prijetnju da bi mogao ozlijediti sebe ili druge (može biti potrebna i prisilna hospitalizacija), ako mu nedostaje socijalna potpora, ima komorbidni psihijatrijski ili somatski poremećaj, nema adekvatan odgovor na terapiju ili je u akutnoj fazi bolesti.

Prema *Praktičnim smjernicama za liječenje psihijatrijskih poremećaja Američkog psihijatrijskog udruženja* iz 2004. godine (APA Practice Guidelines, 2004.) u liječenju suicidalnog bolesnika preporučuje se:

1. ***Uspostaviti i održati terapijsku alijansu***
2. ***Brinuti se za sigurnost bolesnika*** - na intenzivnim ili psihijatrijskim odjelima potrebna je individualna opservacija ili kontinuirano praćenje bolesnika kamerom, dok se procjena rizika ne završi ili dok se ne procjeni da nije izražen suicidalni rizik. Iz sobe bolesnika ukloniti potencijalno opasne predmete.
3. ***Odrediti terapijsko okruženje*** - liječiti u okruženju koje je najmanje restriktivno, no dokazano sigurno i učinkovito te uzeti u obzir procijenjeni suicidalni rizik i moguću opasnost za druge. Izvršiti ponovnu evaluaciju optimalnog terapijskog okruženja i dobrobiti za bolesnika iz drugačije razine zbrinjavanja tijekom liječenja

4. ***Razviti plan liječenja*** -razmotriti planirane intervencije ovisno o potrebama i željama bolesnika. Uočiti moguće poremećaje zlouporabe psihoaktivnih tvari. U početku liječenja osigurati intenzivnije praćenje i potporu s ciljem bržeg i adekvatnijeg liječenja. Za ambulantne bolesnike pripremiti pisane materijale s uputama za rješavanje mogućih suicidalnih tendencija, ili drugih simptoma koji se mogu javiti između dogovorenih kontrola
5. ***Koordinirati zbrinjavanje i suradnju s drugim kliničarima*** - uspostaviti redovitu komunikaciju unutar članova tima, definirati kompetencije i planove te uspostaviti suradnju s liječnicima opće medicine i centrima za mentalno zdravlje
6. ***Ostvariti plan liječenja*** -uspostaviti pozitivan odnos , bolesnika poticati i motivirati na suradnju i osigurati okruženje u kojem će se pojedinac osjećati smireno, slobodno razgovarati o pozitivnim ili negativnim aspektima terapijskog procesa
7. ***Osigurati edukaciju bolesnika i obitelji***
8. ***Ponovno procijeniti sigurnost i suicidalni rizik*** - ponavljati procjenu suicidalnosti, zbog prirode suicida za javljanjem i povlačenjem, kontinuirano procjenjivati suicidalni rizik, ponavljati procjenu kod promjena psihičkog stanja, nakon korekcije terapije, prije otpusta te ponovno procjenjivati u slučaju intoksikacije alkoholom ili drugim sredstvima
9. ***Pratiti psihijatrijski status i odgovor na terapiju***
10. ***Omogućiti konzultacije u slučaju potrebe***

Pravodobnim prepoznavanjem i liječenjem osoba sa suicidalnim ponašanjem i depresijom preveniraju se tragične posljedice koje mogu imati značajan utjecaj na članove obitelji suicidalnih i depresivnih bolesnika. Također je potrebno psihološku pomoć pružiti žrtvama suicida, odnosno članovima obitelji osobe koja je počinila suicid kao i osobama nakon pokušaja suicida. Nakon neuspjelog pokušaja suicida, neki bolesnici ponovno pokušaju suicid, najčešće ubrzo nakon psihijatrijskog bolničkog liječenja (Angst i sur., 2002.; Oquendo i sur., 2004.). Zbog toga je pri planiranju preventivnih programa za sprječavanje suicida važno razmišljati o poboljšanju izvanbolničkog kontinuiranog liječenja. Znanstveno potvrđene učinkovite intervencije su pismena korespondencija s bolesnicima (Motto i sur., 2001.), kontakt telefon u stanjima krize (Morgan, 1993.) i zapošljavanje savjetnika (Anoun,1999.).

Samoubojstva su velik javnozdravstveni problem u svijetu te je prevencija i smanjenje učestalosti suicida jedan od prioriteta poboljšanja zdravstvenog sustava (Beautrais, 1996.). U kontekstu prevencije važno je razmotriti već navedene čimbenike rizika, trajno procjenjivati bolesnikovo psihičko stanje i razmišljanje te individualizirati metode prevencije.

Postoje tri razine prevencije suicida:

- ✓ ***Primarna prevencija*** uključuje aktivnosti kojima je cilj spriječiti i smanjiti pojavnost suicida. Polivalentni timovi stručnjaka pojedincu pomažu promijeniti način razmišljanja i pristup problemima, s ciljem da se preduhitre i otklone uzroci, potaknu motivi i razlozi te onemogući pojava suicida.
- ✓ ***Sekundarna prevencija*** obuhvaća osobe koje su suicidalno ugrožene, iskazuju suicidalne misli i tendencije. Provođi se u specijaliziranim centrima i zdravstvenim ustanovama na odjelima za hitne intervencije, liječenje i rehabilitaciju. Svrha je rano prepoznavanje suicidalnosti i poduzimanje aktivnosti s ciljem sprječavanja samoubojstva, mijenjanja načina funkcioniranja i razvijanja pozitivnog životnog stila.
- ✓ ***Tercijarna prevencija*** obuhvaća mjere nakon pokušaja suicida, odnosno stručno praćenje osoba pod rizikom. Cilj je sprječavanje recidiva, poboljšanje psihičkog stanja, te uklanjanje povoda i motiva koji su prouzročili prethodni pokušaj.

Nacionalni program preveniranja suicida (Mann i sur. 2005.)

Izradila ga je Svjetska Zdravstvena organizacija, prihvaćen je u našoj zemlji, a temelji se na činjenici da stresni događaji zajedno s psihijatrijskim poremećajem dovode do suicidalnih razmišljanja. Hoće li osoba uistinu počiniti suicid ovisi o kontroli impulzivnosti, osjećaju beznađa, pesimizmu, dostupnosti sredstava i medijima. Metode prevencije koje program navodi su edukacija (primarna zdravstvena zaštita, opća populacija, stručnjaci u prvom kontaktu), prepoznavanje osoba s povećanim rizikom, poboljšano praćenje, farmakoterapija i psihoterapija, restrikcija letalnih sredstava i izvješćivanje u medijima.

2. PROBLEM I SVRHA ISTRAŽIVANJA

2.1. Problem

Problematika komorbiditeta psihičkih poremećaja kao i psihičkih i tjelesnih poremećaja, predstavlja svakodnevnost kliničkog rada u psihijatriji. Općepoznata je činjenica kako komorbidni poremećaji imaju značajno težu kliničku sliku, u lječidbenom procesu su značajno zahtjevniji, a i prognoza bolesti opterećena je uvijek s većim negativnim konotacijama.

Sve navedeno generirano je spoznajom kako komorbidni poremećaji predstavljaju umnožak, a ne zbroj dvaju ili više poremećaja. Suicidalnost, kao jedan od najtežih simptoma psihičkih poremećaja, česti je pratitelj depresivnog poremećaja.

Depresija se pojavljuje u komorbiditetu s nizom drugih psihičkih i/ili tjelesnih bolesti. Od psihičkih bolesti najčešće su to anksiozni poremećaji, poremećaji u prehrani, organski poremećaji, poremećaji osobnosti, ovisnost o alkoholu te psihotični poremećaji. Od tjelesnih bolesti depresija se najčešće pojavljuje u bolestima nepovoljne prognoze (kardiovaskularne bolesti, neurološke bolesti i oštećenja, bolesti dišnog sustava, zloćudne bolesti, metaboličke bolesti, endokrinološke bolesti) nepovoljne prognoze, koje dovode do smanjenog funkcioniranja i invalidiziranja, i koje su praćene bolnim sindromima.

2.2. Svrha

U kliničkoj praksi, uz pravovremeno prepoznavanje komorbidnih poremećaja, za svakoga bolesnika jevažno procijeniti rizik od suicidalnog ponašanja i njegov intenzitet. Dijagnoza mono ili komorbidnog poremećaja ima izravne implikacije na tijek i uspjeh procesa liječenja, a skrb o bolesniku specifičnija je i složenija.

Ovim istraživanjem utvrdit će se jesu li komorbidni poremećaji učestaliji u svakodnevnoj kliničkoj praksi te da li procjena suicidalnog rizika i postupci za smanjenje rizika mogu značajno povećati sigurnost liječenja depresivnih bolesnika. Sve navedeno bi moglo imati značajne implikacije u svakodnevnom sestrinskom i kliničkom radu, posebice u usavršavanju i unapređenju kvalitetnog pristupa bolesniku oboljelog od komorbidnog poremećaja. Također bi potaknulo i pomoglo u izradi programa ili postupnika u nadzoru i praćenju takovih pacijenata.

3. HIPOTEZE I CILJEVI ISTRAŽIVANJA

3.1. Hipoteze istraživanja

U stručnoj literaturi navodi se porast broja osoba koje boluju od depresije, te uz depresiju imaju još neki poremećaj, a s tim u vezi i veći rizik od suicida (Kozarić-Kovačić, 2004.). Vodeći se logikom umnoška problematike dvaju poremećaja u komorbidnom poremećaju, predmnijevamo da bi suicidalnost u komorbidnom poremećajima bila značajno češća, no samo u depresivnom poremećaju čime bi se potvrdile spoznaje prethodnih istraživanja.

HIPOTEZE

1. Suicidalnost je značajno učestalija u muških i ženskih bolesnika s komorbidnim poremećajem
2. Suicidalnost je češća u komorbidnom poremećaju u žena u odnosu na muškarce
3. Suicidalnost u žena s komorbidnim poremećajem češće se javlja u srednjoj i starijoj životnoj dobi u odnosu na muškarce kod kojih se suicidalnost javlja u ranijoj životnoj dobi
4. U odnosu na multipli morbiditet u suicidalnih depresivnih žena najčešće će biti zastupljeni tjelesni poremećaji u odnosu na suicidalne depresivne muške bolesnike kod kojih će najčešće biti zastupljen poremećaj osobnosti

3.2. Ciljevi istraživanja

3.2.1. OSNOVNI CILJ

1. Procjena suicidalnosti u bolesnika oboljelih od depresije, u korelaciji sa suicidalnošću u bolesnika oboljelih od depresije i nekog drugog psihičkog i/ili tjelesnog poremećaja

3.2.2. SPECIFIČNI CILJEVI

1. Utvrditi sociodemografske karakteristike svih ispitanika
2. Ispitati povezanost suicidalnih razmišljanja sa spolom i komorbiditetom
3. Ispitati razlike u pripremi, pokušajima i načinima suicida s obzirom na spol i komorbiditet
4. Ispitati protektivne ili rizične čimbenike na suicid te razlike po spolu i komorbiditetu

4. METODA ISTRAŽIVANJA

4.1. Uzorak istraživanja

Istraživanje je provedeno u Klinici za psihijatriju Vrapče, u Zavodu za liječenje i rehabilitaciju. U istraživanje su uključeni svi bolesnici s dijagnozom depresije, te dijagnozama depresije i ostalih psihičkih i tjelesnih bolesti, hospitalno ili ambulantno liječeni u Zavodu od 1. siječnja do 1. svibnja 2015. godine.

Podaci su sakupljeni iz medicinske dokumentacije i tijekom razgovora s bolesnicima, a razina aktualne suicidalnosti mjerila se Upitnikom za ocjenu rizika od samoubojstva - Sveučilište Columbia; C – SSRS (Columbia University Medical Center, 2011.).

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanika, 50 žena i 50 muškaraca, koji zadovoljavaju DSM-IV kriterije za postavljanje dijagnoze depresivnog poremećaja. Većina ispitanika uz depresiju ima dijagnosticiranu tjelesnu i/ili psihijatrijsku bolest, koja uzorak dijeli u predviđene skupine.

Rad je odobren od strane Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Vrapče.

4.2. Mjerni instrument

Upitnik za ocjenu rizika od samoubojstva - Sveučilište Columbia(C-SSRS)

C-SSRS se koristi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kliničkoj praksi, u nadzoru i istraživanju (Columbia University Medical Center, 2011.). Dostupan je na 103 jezika, a dio je nacionalnog i međunarodnog javnog zdravstva. Uključuje procjenu suicidalnosti i pokazao se koristan na općim medicinskim i psihijatrijskim hitnim bolničkim odjelima, kućnoj njezi, centrima za mentalno zdravlje, školama, fakultetima, hospicijima, visoko rizičnim zanimanjima (policajci, vatrogasci), centrima za detoksikaciju, zatvorima. C-SSRS je preporučen od strane raznih međunarodnih agencija poput Agencije za hranu i lijekove (FDA), Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Best Practices knjižnica, AMA Best Practices Adolescent Suicide, Zdravlje Kanada, korejske Udruge za prevenciju suicida, japanskog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje i neurologiju.

Razvijen je za unaprjeđenje nacionalne strategije prevencije suicida i suicidalnog ponašanja, te procjenjuje cijeli niz dokaza koji su neophodni za procjenu rizika i prevenciju suicida (sakupljanje tableta, nabavka oružja). U početku je bio namijenjen za procjenu suicidalnosti kod adolescenata, a kasnije se pokazao korisnim i u drugim skupinama.

Osnovna verzija skale doživotno procjenjuje prisutnost samoubilačkih misli i ponašanja. Ova je verzija pogodna za prvi razgovor u ambulantnom pregledu i/ili kao dio kliničke studije. Objedinjuje procjenu suicidalnosti pacijenta tijekom određenog vremenskog razdoblja.

Screening verzija procjenjuje suicid tijekom određenog vremenskog razdoblja. Pacijenta se može procjenjivati doživotno ili samo jednom, a također je prikladna za procjenu po kriterijima uključenosti/isključenosti.

Korisna je za određivanje učinaka koje suicidalnost može imati na daljnji tijek liječenja i određeni način liječenja na suicidalnost.

Upitnik je namijenjen za korištenje kvalificiranim kliničarima. Pitanja u Upitniku za ocjenu rizika od samoubojstva su formulirana za sugestiju. Konačna ocjena prisutnosti suicidalnosti ovisi o kliničkoj procjeni. U razgovoru s pojedincem procjenjuje se zamišljanje samoubojstva, intenzitet zamišljanja, suicidalno ponašanje i medicinsko oštećenje.

4.3. Statistička analiza

Za potrebe istraživanja, uz medicinsku dokumentaciju i razgovor s bolesnikom, korišten je Upitnik za ocjenu rizika od samoubojstva - Sveučilište Columbia (C–SSRS). Prikupljeni su sociodemografski podaci (spol, dob, stručna sprema, radni status, bračni status, roditeljstvo, mjesečni prihod domaćinstva), dijagnoze bolesti, duljina liječenja od depresivnog poremećaja, psihofarmakoterapija i redovitost u uzimanju, pokušaji i načini suicida, dob prvog pokušaja, obiteljska anamneza za psihičke bolesti i suicid te pokušaji suicida u njihove djece.

Upitnikom za ocjenu rizika od samoubojstva - Sveučilište Columbia (C–SSRS) prikupljeni su podaci o samoubilačkim mislima i ponašanju te protektivnim faktorima. Analizi i interpretaciji podataka se može pristupiti pojedinačno i grupno.

U pojedinačnoj analizi procjenjuje se zamišljanje samoubojstva (želja da bude mrtav, misli, zamišljanje, namjera, određeni plan), intenzitet zamišljanja (učestalost, trajanje, sposobnost kontroliranja misli, razlozi da se ne počini samoubojstvo, razlozi zamišljanja), suicidalno ponašanje (stvarni pokušaji, prekinuti pokušaji, odustajanje, pripremanje samoubojstva i trenutna procjena) te medicinsko oštećenje (ukoliko je bilo pokušaja).

Pojedinačna analiza, kao takva, primjenjiva je u kliničkom/individualnom radu s pacijentima. U ovom radu korištena je grupna statistička analiza prikupljenih podataka o suicidalnim mislima i ponašanju, s ciljem testiranja postavljenih hipoteza.

Podaci su prikupljeni metodom intervjua i obrađeni pomoću statističkog paketa SPSS 16.0. Kvalitativni podaci prikazani su apsolutnim i relativnim frekvencijama (N, %). Izrađena je deskriptivna statistika svake pojedine varijable (prikazano tablično ili grafički), te je provedeno testiranje razlika suicidalnosti između skupina dijagnostičkih kategorija. Uzorak je podijeljen na pod uzorke sukladno istraživačkom pitanju koje se ispitalo. Obzirom da se radilo o kategorijalnim varijablama, korišten je hi- kvadrat test o nezavisnosti obilježja u kontingencijskoj tablici, kojim se provjerava statistička značajnost razlike u frekvenciji određenih odgovora na pojedino pitanje ili pitanje ili po potrebi *Fisherov* egzaktni test. Rezultati kvantitativne analize podataka interpretirani su na najmanje 5%-tnoj razini značajnosti.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Distribucija ispitanika po spolu

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 100 ispitanika. Podjelom po spolu uzorak dijelimo na muškarce i žene.

Tablica 3. Distribucija ispitanika po spolu, N=100

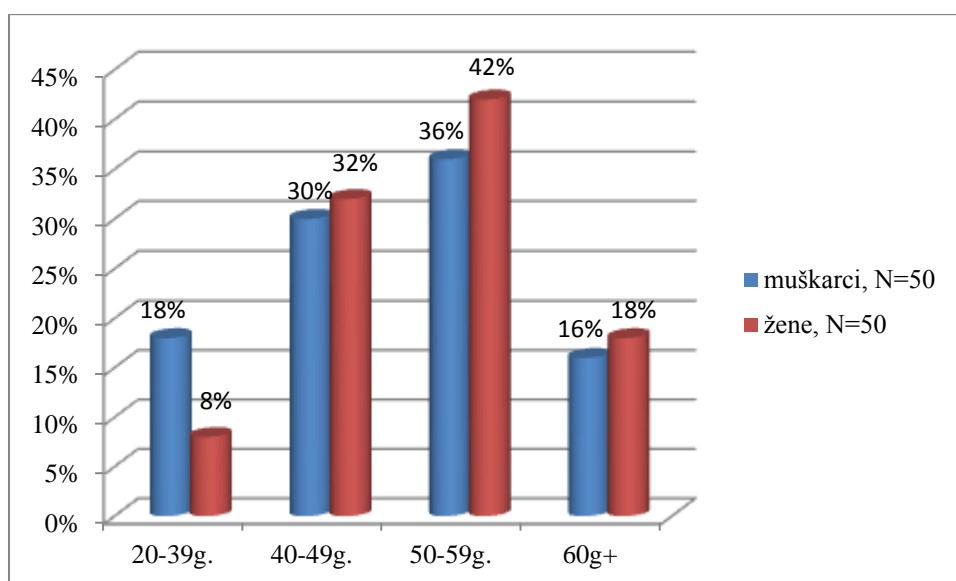
		N
Spol	muški	50
	ženski	50
Ukupno		100

Distribucija ispitanika po spolu prikazana u Tablici 3. prikazuje da je u uzorku jednak broj muškaraca i žena; 50 muškaraca i 50 žena.

Distribucija ispitanika po dobnim skupinama

Distribucija ispitanika po dobnim skupinama u cijelom uzorku prikazana je u Slici 1. Ispitanici su podijeljeni u četiri skupine: ispitanici od 20 do 39 godina života, između 40 i 49 godina života, između 50 i 59 godina života i oni koji imaju 60 i više godina života.

Slika 1. Distribucija ispitanika po dobnim skupinama, N=100

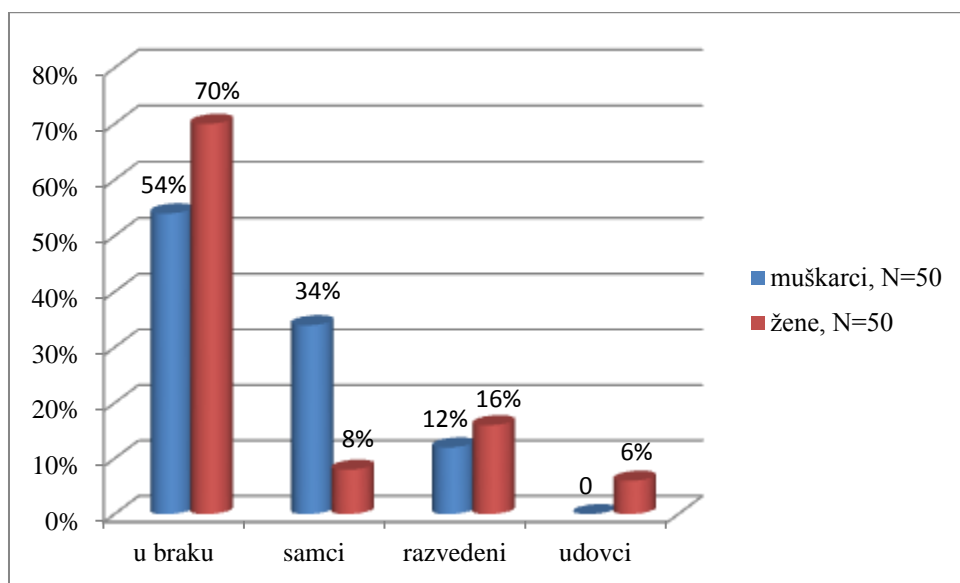


Slika 1. prikazuje da je velika većina ispitanika, njih 80%, u dobi između 40 i 60 godina života. U dobi do 39 godina života je 13 ispitanika, a starijih od 60 godina 17 ispitanika. Aritmetička sredina dobi ispitanika je 50,58.

Distribucija ispitanika po bračnom stanju

Distribucija ispitanika po bračnom stanju prikazana je u Slici 2. Ispitanici su podijeljeni u četiri skupine: oženjeni, neoženjeni, razvedeni, udovci.

Slika 2. Distribucija ispitanika po bračnom stanju, N=100

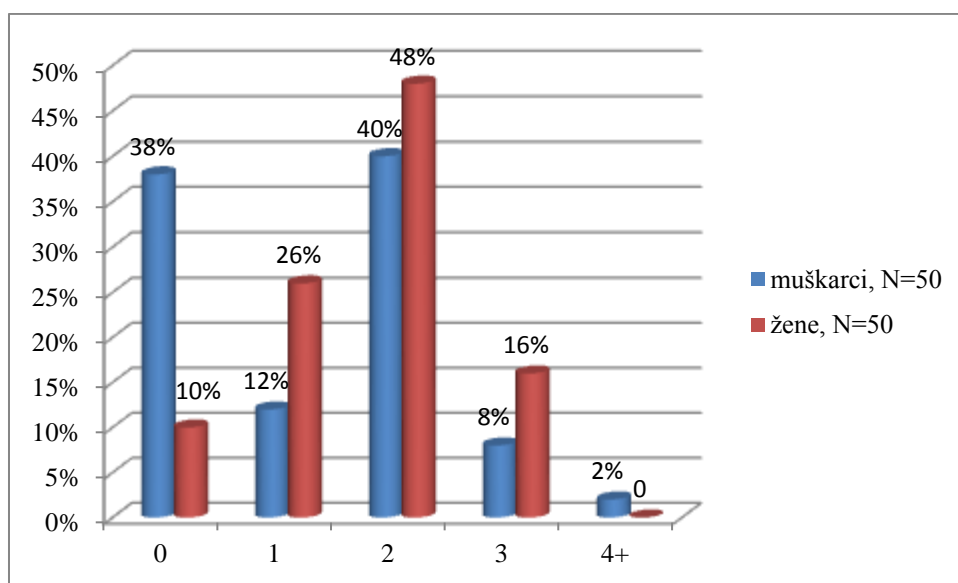


Slika 2. prikazuje da su u vremenu ispitivanja 62 bolesnika bili u braku, a 38 ispitanika bez (bračnog) partnera; 21 ih je neoženjenih/neudatih, 14 razvedenih i troje udovaca.

Distribucija ispitanika po broju djece

Distribucija ispitanika po broju djece u cijelom uzorku prikazana je u Slici 3. Ispitanici su prikazani u skupinama: bez djece, oni koji imaju jedno dijete, dvoje, troje i četvero i više.

Slika 3. Distribucija ispitanika po broju djece, N=100

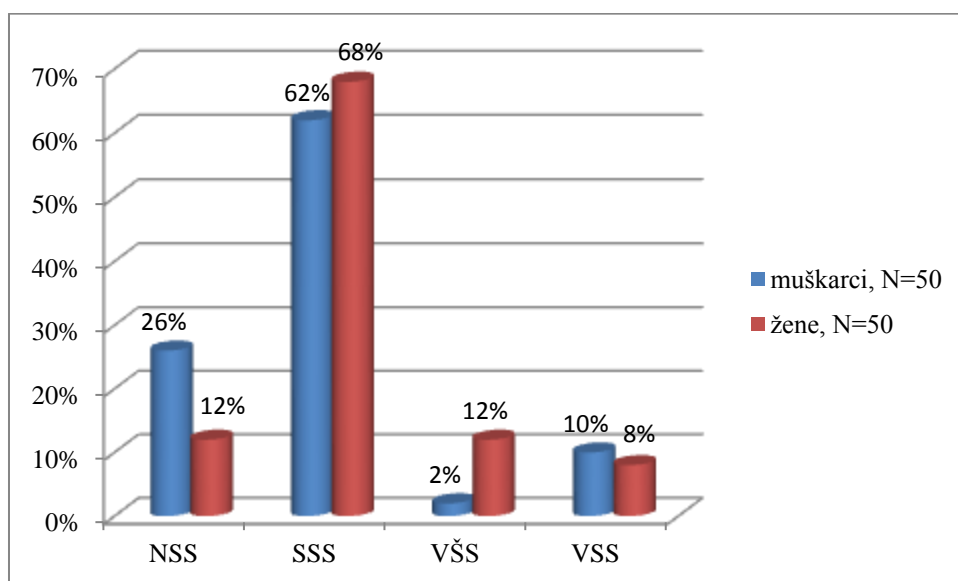


Slika 3. prikazuje da nešto manje od polovice ispitanika ima dvoje djece, jedna petina ispitanika ima jedno dijete, njih 12 ima troje djece, bez djece je njih jedna četvrtina, dok samo jedan ispitanik ima četvero djece.

Distribucija ispitanika po stupnju obrazovanja

Distribucija ispitanika po stupnju obrazovanja prikazana je u Slici 4. Ispitanici su podijeljeni u četiri skupine: sa završenom osnovnom školom, sa završenom srednjom školom, s višom stručnom spremom i s visokom stručnom spremom.

Slika 4. Distribucija ispitanika po stupnju obrazovanja, N=100

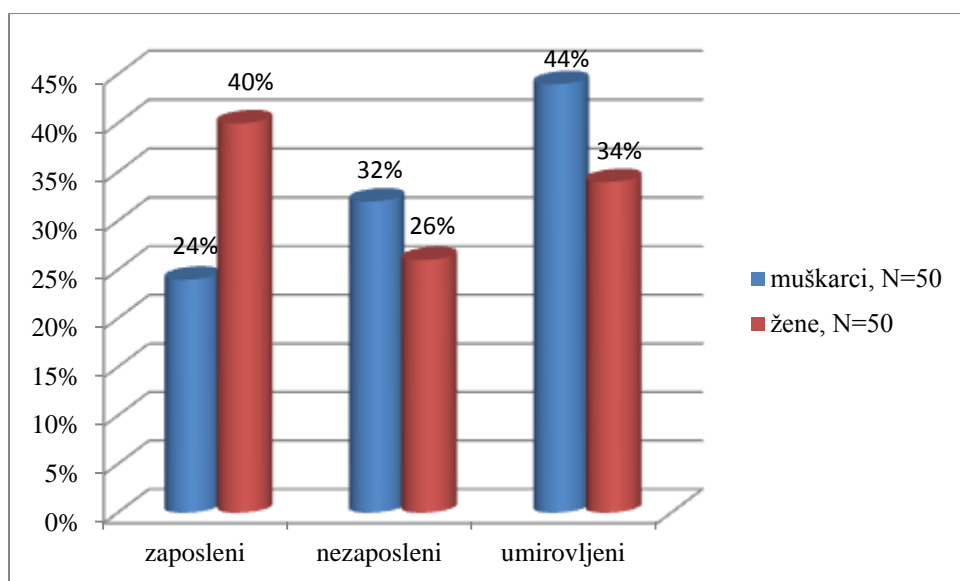


Slika 4. prikazuje da je najveći broj ispitanika srednje školskog obrazovanja, ukupno njih 65, dok ostala trećina ispitanika ima niže, više ili visoko obrazovanje.

Distribucija ispitanika po profesionalnom statusu

Distribucija ispitanika po profesionalnom statusu prikazana je u Slici 5. Ispitanici su podijeljeni u tri skupine: zaposleni, nezaposleni i umirovljenici.

Slika 5. Distribucija ispitanika po profesionalnom statusu, N=100

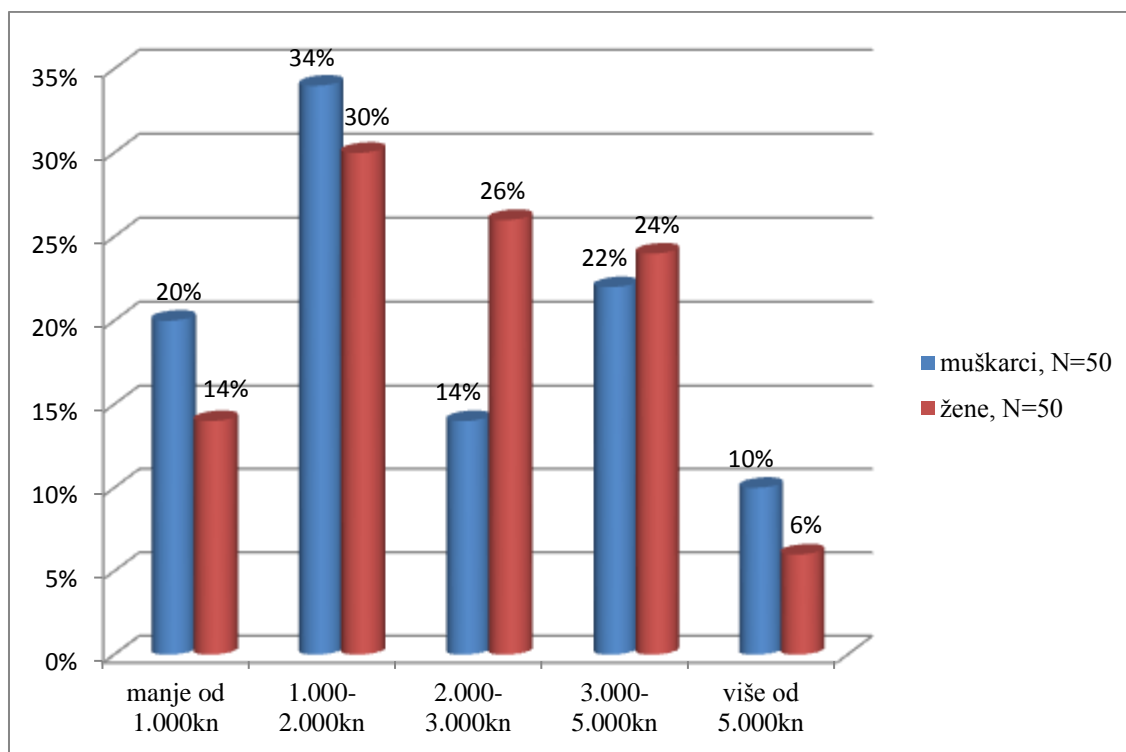


Slika 5. prikazuje da su prema profesionalnom statusu ispitanici podjednako raspoređeni, trećina ih je radno aktivnih, trećina radno neaktivnih i trećina umirovljenih.

Distribucija ispitanika prema mjesečnom prihodu po članu domaćinstva

Distribucija ispitanika prema mjesečnom prihodu po članu domaćinstva prikazana je u Slici 6. Ispitanici su podijeljeni u 5 skupina: oni s mjesečnim prihodom manjim od 1.000 kn po članu, oni koji mjesečno po članu imaju 1.000 do 2.000 kn, oni koji imaju 2.000 do 3.000 kn, oni koji imaju 3.000 do 5.000 kn i oni koji imaju više od 5.000 kn mjesečno po članu.

Slika 6. Distribucija ispitanika prema mjesečnom prihodu po članu domaćinstva, N=100

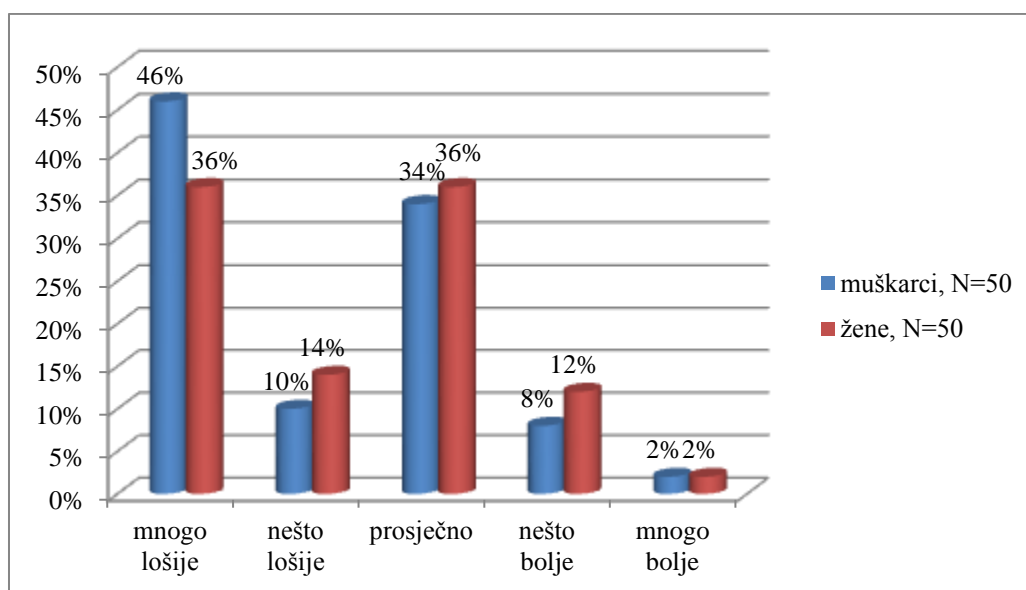


Slika 6. prikazuje da trećina bolesnika raspolaže s mjesečnim prihodom od tisuću do dvije tisuće kuna po članu domaćinstva, polovica ih raspolaže s više od dvije tisuće kuna mjesečno, dok jedna petina njih s manje od tisuću kuna mjesečno.

Distribucija ispitanika po procjeni materijalnog stanja domaćinstva

Distribucija ispitanika po procjeni materijalnog stanja domaćinstva prikazana je u Slici 7. Ispitanici su podijeljeni u 5 skupina: oni koji materijalno stanje procjenjuju kao prosječno, kao nešto bolje od prosjeka, kao mnogo bolje od prosjeka, kao nešto lošije od prosjeka i kao nešto bolje od prosjeka.

Slika 7. Distribucija ispitanika po procjeni materijalnog stanja domaćinstva, N=100

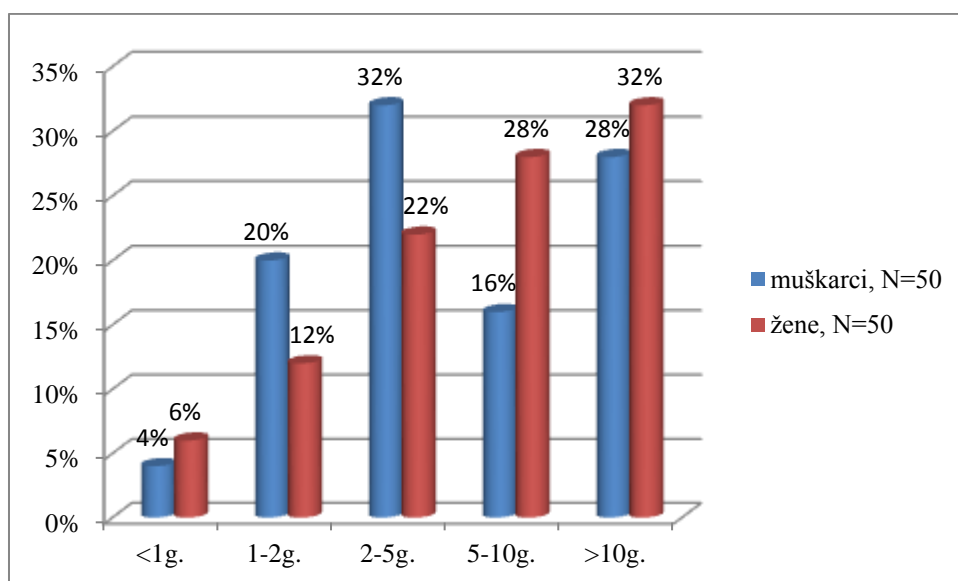


Slika 7. prikazuje da je više od polovice ispitanika svoje materijalno stanje procijenilo lošijim od prosjeka, trećina njih kao prosječno, a dvanaest ispitanika kao bolje od prosjeka.

Distribucija ispitanika po duljini liječenja depresije i spolu

Distribucija ispitanika po duljini liječenja depresije i spolu prikazana je u Slici 8. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u 5 skupina: oni koji se od depresije liječe manje od jedne godine, oni koji se liječe od jedne do dvije godine, oni koji se liječe od dvije do pet godina, oni koji se liječe od pet do deset godina i oni koji se liječe više od deset godina.

Slika 8. Distribucija ispitanika po duljini liječenja depresije i spolu, N=100

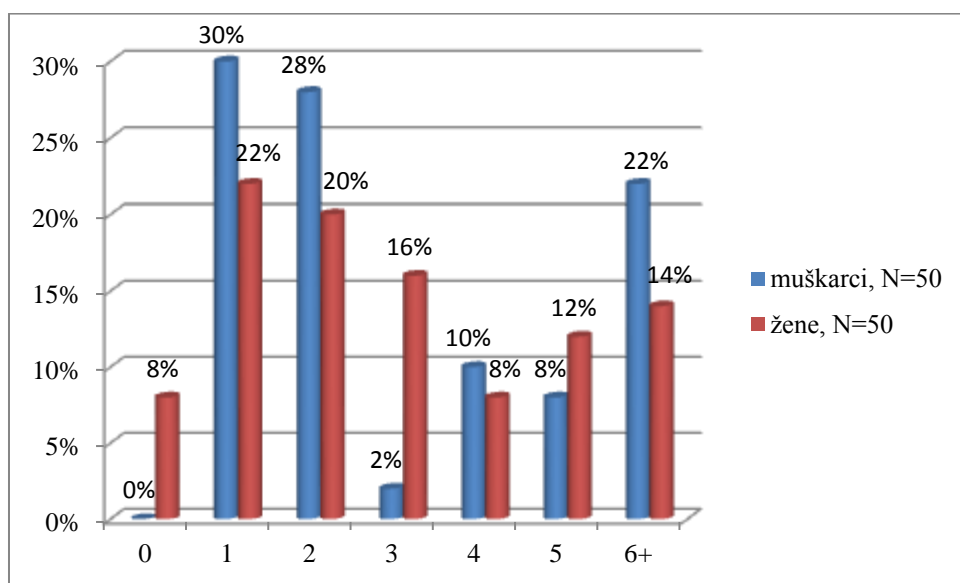


Slike 8. prikazuje da se najveći broj bolesnika liječi više od 10 godina, tek nešto manje je onih koji se liječe 2 do 5 godina, dok je najmanji broj onih koji se liječe do 2 godine. Na ispitivanom uzorku žene se od depresije liječe dulje od muškaraca.

Distribucija ispitanika po broju dosadašnjih hospitalizacija i spolu

Distribucija ispitanika po broju dosadašnjih hospitalizacija i spolu prikazana je u Slici 9. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u sedam skupina: oni koji nisu hospitalizirani, oni koji su hospitalizirani jednom, dva puta, tri puta, četiri puta, pet puta i šest i više puta.

Slika 9. Distribucija ispitanika po broju dosadašnjih hospitalizacija i spolu, N=100

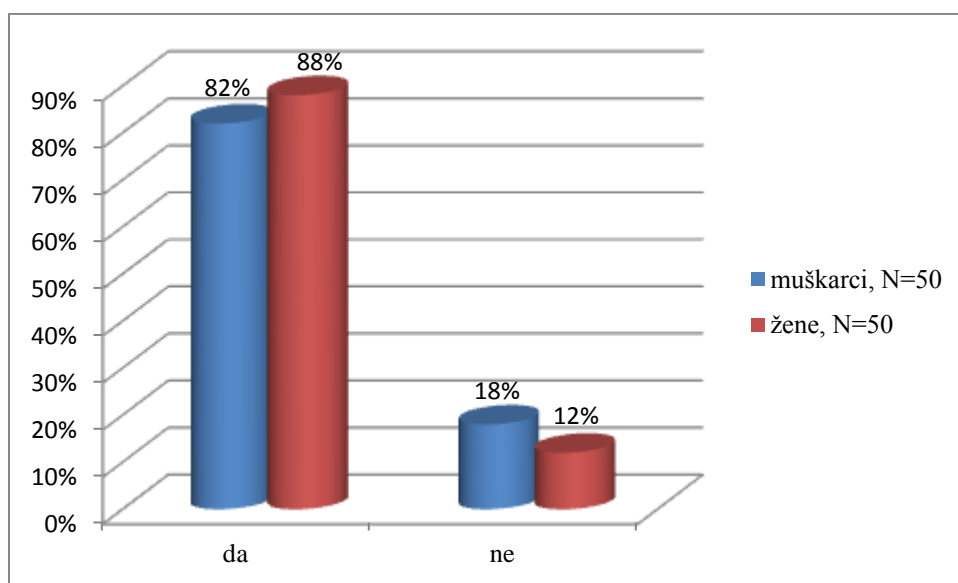


Slika 9. prikazuje da je polovica ispitanika uključenih u istraživanje hospitalno liječena jednom ili dva puta, dok je šest i više puta hospitalizirano samo njih 18. Muškarci su nešto češće hospitalno liječeni jednom, dva ili pak šest i više puta, a žene najčešće tri puta.

Distribucija ispitanika prema redovitosti uzimanja lijekova i spolu

Distribucija ispitanika prema redovitosti uzimanja lijekova i spolu prikazana je u Slici 10. Ispitanici su podijeljeni po spolu u dvije skupine: oni koji su lijekove uzimali redovito i oni koji lijekove nisu uzimali redovito.

Slika 10. Distribucija ispitanika prema redovitosti uzimanja lijekova i spolu, N=100

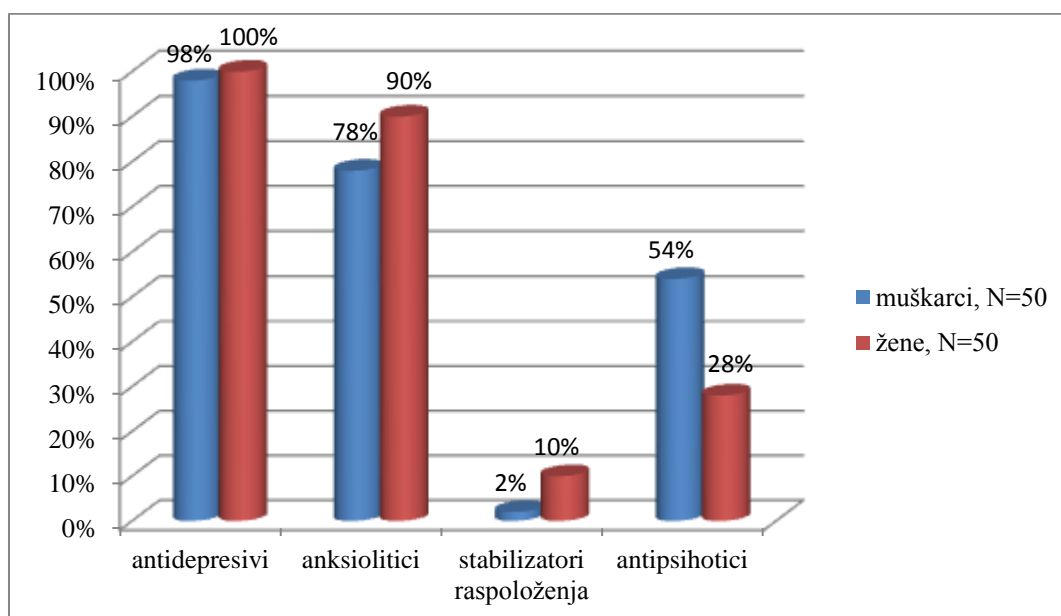


Slika 10. prikazuje da velika većina bolesnika propisanu terapiju uzima redovito. Nema značajne razlike među spolovima.

Distribucija ispitanika po skupinama psihofarmaka i spolu

Distribucija ispitanika po skupinama psihofarmaka i spolu prikazana je u Slici 11. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u četiri skupine: oni koji su uzimali samo antidepresive, oni koji su uz antidepresive uzimali anksiolitike, oni koji su uzimali stabilizatore raspoloženja i oni koji su uzimali antipsihotike.

Slika 11. Distribucija ispitanika po skupinama psihofarmaka i spolu, N=100



Slika 11. prikazuje da svi bolesnici koji boluju od depresije uzimaju antidepresive, velika većina, njih 84% uzima anksiolitike, dok 41% bolesnika uz antidepresive i anksiolitike uzima antipsihotike. Žene nešto češće uzimaju anksiolitike i stabilizatore raspoloženja, a muškarci antipsihotike. Postoji statistički značajna razlika po spolu u uzimanju antipsihotika; korišten je neparametrijski Hi kvadrat test: $\chi^2 = 6,986$; $df=1$; $P = 0,014$.

Distribucija ispitanika po obiteljskoj anamnezi na psihičke bolesti, suicid u obitelji i spol

Distribucija ispitanika po obiteljskoj anamnezi na psihičke bolesti, suicid u obitelji i spolna cijelom uzorku prikazana je u Tablici 4. Ispitanici su podijeljeni po spolu te dva puta u dvije skupine: oni koji imaju psihičke bolesti u obitelji i oni koji nemaju te oni koji su pozitivno hereditarno opterećeni i oni koji nisu.

Tablica 4. Distribucija ispitanika po obiteljskoj anamnezi na psihičke bolesti, suicid u obitelji i spol, N=100

		Muškarci N=50 (%)	Žene N=50 (%)	Ukupno N
Psihičke bolesti u obitelji	da	16 (32%)	19 (38%)	35
	ne	34 (68%)	31 (62%)	65
Suicid u obitelji	da	12 (24%)	12 (24%)	24
	ne	38 (76%)	38 (76%)	76

Tablica 4. prikazuje da psihičke bolesti u obitelji ima 35% bolesnika. Najčešće od psihičkog poremećaja boluju majke (49%), očevi (17%), tete (14%), braća i sestre (9%), a rjeđe bake, djedovi, ujaci.

Pozitivnu obiteljsku anamnezu na suicid ima njih 24%. Najčešće su počinili suicid obiteljski srodnici muškog spola (braća – 65%, stričevi – 26%, ujaci – 17%, bratći – 9%, očevi – 9%, djedovi – 4%). Ženske su srodnice najčešće tete – 22%, majke – 13% te bake – 9%.

Najčešći su načini suicida u obitelji vješanje (57%) i vatreno oružje (22%).

Na uzorku ispitanika koji su tijekom liječenja od depresivnog poremećaja pokušali suicid, od njih ukupno 39, sedam ih je pozitivno hereditarno opterećenih (18%).

Distribucija ispitanika po zamišljanju suicida i spolu

Distribucija ispitanika po zamišljanju samoubojstva i spolu prikazana je u Tablici 5. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u pet skupina: oni koji su poželjeli da budu mrtvi, da mogu zaspati i više se ne probuditi, oni koji su imali neodređene misli o suicidu, oni koji su aktivno zamišljali suicid, oni koji su imali namjeru te oni koji su imali jasnu namjeru i plan.

Tablica 5. Distribucija ispitanika po zamišljanju suicida i spolu, N=100

Zamišljanje suicida		spol			test	df	P
		muškarci N=50(%)	žene N=50(%)	ukupno N (%)			
Želja da bude mrtav	da	42 (42%)	43 (43%)	85 (85%)	0,078	1	0,779
	ne	8 (8%)	7 (7%)	15 (15%)			
Neodređene aktivne misli o suicidu	da	36 (36%)	38 (38%)	74 (74%)	0,208	1	0,648
	ne	14 (14%)	12 (12%)	26 (26%)			
Aktivno zamišljanje suicida, bez plana i namjere	da	29 (29%)	36 (36%)	65 (65%)	2,154	1	0,142
	ne	21 (21%)	14 (14%)	35 (35%)			
Aktivno zamišljanje suicida, s namjerom, ali bez plana	da	17 (17%)	28 (28%)	45 (45%)	4,889	1	0,027
	ne	33 (33%)	22 (22%)	55 (55%)			
Aktivno zamišljanje suicida, s jasnom namjerom i planom	da	8 (8%)	17 (17%)	25 (25%)	4,320	1	0,038
	ne	42 (42%)	33 (33%)	75 (75%)			

Tablica 5. prikazuje daje 85% ispitanika poželjelo da budu mrtvi, neodređene aktivne misli imalo je njih 74%, o tome kako bi to mogli učiniti razmišljalo je 65% bolesnika, namjeru bez plana imalo je 45% bolesnika, a namjeru i jasni plan njih 25%. Pokazala se statistički značajna razlika između muškaraca i žena u zamišljanju suicida s namjerom, ali bez plana i u zamišljanju suicida s jasnom namjerom i planom. Zamišljanja suicida s namjerom bez plana kao i s namjerom i jasnim planom intenzivnija su i učestalija u žena, one su te koje o suicidu aktivnije i dublje razmišljaju i češće ga planiraju.

Distribucija ispitanika po učestalosti zamišljanja suicida i spolu

Distribuciju ispitanika po učestalosti zamišljanju samoubojstva i spolu prikazana je u Tablici 6. Ispitanici su podijeljeni u pet skupina: oni koji su o samoubojstvu razmišljali puno puta svakog dana, svaki dan, nekoliko puta tjedno, jednom ili manje od jednom tjedno.

Tablica 6. Distribucija ispitanika po učestalosti zamišljanju suicida i spolu, N=79

Koliko ste puta imali takve misli?	spol		Ukupno N (%)	Test	
	muški	ženski		Fisher test	P
	N=40(%)	N=39(%)			
manje od 1 tjedno	7(18%)	4(10%)	11(14%)		
jednom tjedno	4(10%)	1(3%)	5(6%)		
2 do 5 puta tjedno	9(23%)	8(21%)	17(22%)		0,455
svaki dan ili skoro svaki dan	5(13%)	9(23%)	14(18%)		
puno puta svakog dana	15(38%)	17(44%)	32(41%)		

Tablica 6. prikazuje da je učestalost razmišljanja o suicidu velika; 59% ispitanika razmišlja o suicidu svaki dan ili puno puta svakog dana. Mali je broj onih koji razmišljaju jednom tjedno ili rjeđe (20%). Žene o suicidu češće razmišljaju svaki dan ili puno puta svakog dana, a muškarci nekoliko puta tjedno ili manje.

Distribucija ispitanika po duljini trajanja suicidalnih misli i spolu

Distribucija ispitanika po duljini trajanja suicidalnih misli i spolu prikazana je u Tablici 7. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u pet skupina: oni koji su o suicidu razmišljali nekoliko sekundi ili minuta, oni koji su razmišljali do sat vremena, oni koji su razmišljali jedan do četiri sata, oni koji su razmišljali četiri do osam sati i oni koji su razmišljali više od osam sati.

Tablica 7. Distribucija ispitanika po duljini trajanja suicidalnih misli i spolu, N=79

Trajanje suicidalnih misli	spol		Ukupno N (%)	Test	
	muški N=40(%)	ženski N=39(%)		Fisher test	P
kratko - nekoliko sekundi ili minuta	10(25%)	8(21%)	18(23%)		
manje od 1 sata / neko vrijeme	15(38%)	8(21%)	23(29%)		
1-4 sata / puno vremena	5(13%)	9(23%)	14(18%)		0,365
4-8 sati / većinu dana	4(10%)	7(18%)	11(14%)		
više od 8 sati / dugo ili neprekidno	6(15%)	7(18%)	13(16%)		

Tablica 7. prikazuje da je misli o suicidu neprekidno, većinu dana imalo 30% ispitanika, do 4 sata dnevno razmišljalo je njih 18%, do sat vremena 29%, a prolazne i kratkotrajne misli imalo je njih 23%. Žene o suicidu razmišljaju većinom više sati dnevno u odnosu na muškarce koji razmišljaju manje od jednog sata dnevno. Razlika nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po sposobnosti kontroliranja suicidalnih misli i spolu

Distribucija ispitanika po sposobnosti kontroliranja suicidalnih misli i spolu prikazana je u Tablici 8. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u šest skupina: oni koji ne mogu kontrolirati svoje misli o samoubojstvu, oni koji mogu kontrolirati misli, ali uz puno poteškoća, oni koji mogu kontrolirati uz dosta poteškoća, oni koji misli lako kontroliraju i oni koji ih niti ne pokušavaju kontrolirati.

Tablica 8. Distribucija ispitanika po sposobnosti kontroliranja suicidalnih misli i spolu, N=79

Sposobnost kontroliranja suicidalnih misli	spol		Ukupno	Test	
	muški N=40(%)	ženski N=39(%)	N (%)	Fisher test	P
ni ne pokušava kontrolirati svoje misli	8(20%)	8(21%)	16(20%)		
lako može kontrolirati svoje misli	4(10%)	3(8%)	7(9%)		
može kontrolirati svoje misli uz manje poteškoće	8(20%)	5(13%)	13(60%)		0,710
može kontrolirati svoje misli uz dosta poteškoća	7(18%)	8(21%)	15(19%)		
može kontrolirati svoje misli uz puno poteškoća	11(18%)	9(23%)	20(25%)		
ne može kontrolirati svoje misli	2(5%)	6(15%)	8(10%)		

Tablica 8. prikazuje da najveći broj ispitanika, njih 60%, kontrolira svoje misli uz malo, dosta ili puno poteškoća. Značajan je broj, njih 30%, koji suicidalne misli ne žele ili ne mogu kontrolirati, žene nešto češće. Navedeni ispitanici čine posebno rizičnu skupinu. U sposobnosti kontroliranja misli kao i između muškaraca i žena razlika nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po razlozima zamišljanja suicida i spolu

Distribucija ispitanika po razlozima zamišljanja suicida i spolu prikazana je u Tablici 9. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u pet skupina: oni koji su o samoubojstvu razmišljali potpuno da prekinu bol, uglavnom da prekinu bol, da dobiju pažnju i prekinu bol i samo da dobiju pažnju.

Tablica 9. Distribucija ispitanika po razlozima zamišljanja suicida i spolu, N=79

Razlozi zamišljanja suicida	spol		Ukupno N (%)	Test	
	muški N=40(%)	ženski N=39(%)		Fisher test	P
uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih	1(3%)	0(0%)	1(1%)		
jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih, kao i da prekine odnosno spriječi bol	1(3%)	3(8%)	4(5%)		0,104
uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate)	6(15%)	1(3%)	7(9%)		
potpuno da prekine odnosno spriječi bol (niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate)	32(80%)	35(90%)	67(85%)		

Tablica 9. prikazuje da su razlozi suicidalnih razmišljanja i/ili pokušaja suicida kod velike većine ispitanika oba spola bili bol i patnja koju više nisu mogli izdržati. Žene i muškarci ne razlikuju se značajno u razlozima zamišljanja samoubojstva koje su navodili.

Distribucija ispitanika po protektivnim faktorima i spolu

Distribucija ispitanika po protektivnim faktorima i spolu prikazana je u Tablici 10. Ispitanici su verbalizirali jedan ili više navedenih faktora; djeca, unuci, obitelj, razum, vjera u Boga, nada, želja za životom i pozitivne misli.

Tablica 10. Distribucija ispitanika po protektivnim faktorima i spolu, N=79

Razlozi da ne počine samoubojstvo	spol		Ukupno N (%)	Test		
	muški N=37(%)	ženski N=35(%)		χ^2	df	P
djeca, unuci	15(41%)	21(60%)	36(50%)			
obitelj	17(46%)	14(40%)	31(43%)			
razum	10(27%)	6(17%)	16(22%)			
vjera	8(22%)	5(14%)	13(18%)	12,185	11	0,350
nada, želja za životom	6(16%)	2(6%)	8(11%)			
pozitivne misli	2(5%)	2(6%)	4(6%)			

Tablica 10. prikazuje da su najčešći razlozi koje su bolesnici navodili, a koji su ih spriječili, odnosno štitili da ne pokušaju ili počine suicid bili djeca, unuci i obitelj. Nešto rjeđe, ali ne manje bitno, navode razumna, realna razmišljanja, vjeru u Boga te nadu, želju za životom i pozitivna razmišljanja. Protektivni faktori koje žene navode nešto češće su djeca i unuci, a muškarci razum i vjera.

Distribucija ispitanika po utjecaju protektivnih faktora i spolu

Distribucija ispitanika po utjecaju protektivnih faktora i spolu prikazana je u Tablici 11. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u 4 skupine: oni koje su ti razlozi najvjerojatnije spriječili da ne pokušaju suicid, oni koje su vjerojatno spriječili, oni koje su sigurno spriječili i oni koje nisu spriječili.

Tablica 11. Distribucija ispitanika po utjecaju protektivnih faktora i spolu, N=79

Utjecaj razloga da se ne počinu samoubojstvo	spol		Ukupno N (%)	Test	
	muški N=40(%)	ženski N=39(%)		Fisher test	P
nije primjenjivo; postoji samo želja da umre		5(13%)	5(6%)		
ti razlozi su vas sigurno spriječili u pokušaju samoubojstva	19(48%)	23(59%)	42(53%)		0,026
ti razlozi su vas vjerojatno spriječili	18(45%)	10(26%)	28(36%)		
ti razlozi vas najvjerojatnije nisu spriječili	3(8%)	1(3%)	4(5%)		

Tablica 11. prikazuje da su navedeni razlozi u 89% slučajeva spriječili ispitanike od pokušaja i/ili počinjenja suicida. Muškarci u odnosu na žene u ispitivanom uzorku navode veći utjecaj protektivnih faktora u zaštiti od suicidalnih pokušaja. Kod pet žena je postojala samo želja za smrću i niti jedan od razloga ih u tome nije spriječio dok su muškarce navedeni razlozi većinom štitili od suicidalnih pokušaja. Razlika je statistički značajna; Fisher Exact test 0,026.

Distribucija ispitanika u prekinutom pokušaju suicida i spolu i odustajanju od suicida i spolu

Distribucija ispitanika po prekinutom pokušaju suicida i spolu prikazana je u Tablici 12. Analizom su obuhvaćeni svi ispitanici iz uzorka, podijeljeni po spolu te u dvije skupine: oni koji su započeli suicid i netko ili nešto ih je u tome prekinuo i oni koji su započeli suicid, ali ih u tom činu nitko ili ništa nije prekinuo zajedno s onima koji suicid nisu niti započeli.

Distribucija ispitanika po odustajanju od suicida i spolu prikazana je u Tablici 12. Analizom su obuhvaćeni svi ispitanici iz uzorka, podijeljeni po spolu te u dvije skupine: oni koji su započeli suicid i odustali od pokušaja i oni koji nisu odustali od pokušaja i/ili ga nisu niti započeli.

Tablica 12. Distribucija ispitanika u prekinutom pokušaju suicida i spolu i odustajanju od suicida i spolu, N=100

		spol			test	
		muškarci	žene	ukupno		
		N=50(%)	N=50(%)	N	Fisher test	P
Prekinuti pokušaji suicida	da	3 (6%)	11 (22%)	14 (14%)		0,041
	ne	47 (94%)	39 (78%)	86 (86%)		
Odustajanje od suicida	da	9 (18%)	10 (20%)	19 (19%)		1,000
	ne	41 (82%)	39 (78%)	81(81%)		

Tablica 12. prikazuje da je 14% ispitanika krenulo okončati svoj život, ali ih je netko ili nešto u tome prekinuo. Žene su u odnosu na muškarce u pokušaju suicida češće bile prekinute, jedanaest je žena i tri muškarca u ispitivanom uzorku započelo suicid i netko ili nešto ih je u tome prekinuo. Razlika u prekinutom pokušaju suicida i spolu je statistički značajna; Fisher Exact test 0,041.

Tablica također prikazuje da je petina ispitanika, bez značajne razlike u spolu, započela no ipak odustala od pokušaja suicida.

Distribucija ispitanika po pripremanju suicida i spolu, N=100

Distribucija ispitanika po pripremanju suicida na cijelo uzorku prikazuje da se za suicid pripremala četvrtina bolesnika, 10 muškaraca i 15 žena. Razlika nije statistički značajna; Fisher Exact Test=0,356.

Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i spolu

Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i spolu prikazana je u Tablici 13. Analizom su obuhvaćeni oni ispitanici koji su se pripremali za samoubojstvo i oni koji su samoubojstvo pokušali bez pripreme. Podijeljeni su po spolu i prikazana su četiri načina pripreme: skupljanje tableta ili priprema užeta, oproštajno pismo, oporuka i afekt.

Tablica 13. Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i spolu, N=25

Čin pripreme suicida	spol		Ukupno N (%)	Test		
	muški	ženski		χ^2	df	P
	N=10(%)	N=15(%)				
skupljanje tableta, priprema užeta	7 (54%)	11 (50%)	18 (51%)	2,013	4	0,733
oproštajno pismo	4 (31%)	11 (50%)	15 (43%)			
afekt	3 (23%)	4 (18%)	7 (20%)			
oporuka		1 (5%)	1 (3%)			

Tablica 13. prikazuje da je više od polovice ispitanika koji su se pripremali na suicid sakupljalo tablete ili pripremio uže, a tek nešto manji broj pisao je oproštajno pismo. Neki od njih pripremali su oboje. Žene su nešto češće pisale oproštajna pisma, no razlika u činu pripreme na ispitivanom uzorku nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i spolu

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i spolu prikazana je u Tablici 14. Ispitanike iz cjelokupnog uzorka podijelili smo u skupine po spolu: muškarci, žene te u dvije skupine: oni koji su pokušali suicid i oni koji nisu pokušali suicid tijekom svoje bolesti.

Tablica 14. Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i spolu, N=100

Pokušaj suicida	spol					
	muškarci	žene	ukupno	χ^2	test df	P
	N=50 (%)	N=50 (%)	N (%)			
da	16 (32%)	23 (46%)	39 (39%)	2,060	1	0,151
ne	34 (68%)	27 (54%)	61 (61%)			

Tablica 14. prikazuje da je od ukupnog broja ispitanika koji boluju od depresivnog poremećaja, tijekom svoje bolesti njih 39 pokušalo suicid. U ispitivanom uzorku bolesnika suicid su češće pokušavale žene. Od ukupnog uzorka suicid je pokušalo 23 žene i 16 muškaraca. U pokušaju suicida između muškaraca i žena na ukupnom uzorku nije se pokazala statistički značajna razlika: $\chi^2=2,060$; $df=1$; $t=0,151$; $P=0,218$.

Distribucija ispitanika po broju pokušaja suicida i spolu

Distribucija ispitanika po broju pokušaja suicida i spolu prikazana je u Tablici 15. Ispitanici koji su pokušali suicid podijeljeni su po spolu te u četiri skupine: oni koji su suicid pokušali jednom, oni koji su pokušali dva puta, oni koji su pokušali tri puta i oni koji su pokušali četiri puta.

Tablica 15. Distribucija ispitanika po broju pokušaja suicida i spolu, N=39

Broj pokušaja suicida	spol			test	P
	muškarci N=16 (%)	žene N=23 (%)	ukupno N (%)		
1 pokušaj	10 (62,5%)	9 (39,1%)	19 (48,7%)	Fisher test	0,329
2 pokušaja	5 (31,3%)	7 (30,4%)	12 (30,8%)		
3 pokušaja	1 (6,3%)	5 (21,7%)	6 (15,4%)		
4 pokušaja		2 (8,7%)	2 (5,1%)		

Tablica 15. prikazuje da je polovica ispitanika suicid pokušalo jednom, trećina njih dva puta, dok je samo dvadeset ispitanika suicid pokušalo tri ili više puta. Žene su u odnosu na muškarce suicid pokušavale više puta.

Distribucija ispitanika po načinu pokušaju suicida i spolu

Distribucija ispitanika po načinu pokušaju suicida i spolu prikazana je u Tablici 16. Ispitanike koji su pokušali suicid podijelili smo po spolu te u dvije skupine po spolu te u šest skupina prema načinu pokušaja: tablete, vješanje, rezanje žila, skok pod vlak, aplikacija inzulina i brza vožnja.

Tablica 16. Distribucija ispitanika po načinu pokušaju suicida i spolu, N=39

Način pokušaja suicida	spol			χ^2	test df	P
	muškarci N=16	žene N=23	ukupno N			
Tablete	9 (56%)	21 (91%)	30	12,152	6	0,059
Vješanje	4 (25%)	5 (22%)	9			
Rezanje žila	1 (6%)	5 (22%)	6			
Vlak	2 (13%)	1 (4%)	3			
Inzulin		2 (9%)	2			
Auto	1 (6%)		1			

Tablica 16. prikazuje da su ispitanici najčešće pokušavali suicid tabletama; tri četvrtine pokušaja, potom vješanje, te rezanje žila. Vidi se trend da žene suicid češće pokušavaju tabletama i rezanjem žila, a muškarci brdom vožnjom, odlaskom pod vlak i vješanjem. U načinu pokušaja suicida između muškaraca i žena na ispitivanom uzorku ne postoji statistički značajna razlika na 5%, ali na 10% razlika bi bila statistički značajna. Razlog je tome što žene kao način suicida značajno češće koriste tablete. Korišten je neparametrijski Hi kvadrat test: $\chi^2=12,152$; $df=6$; $P=0,059$.

Distribucija ispitanika po komorbiditetu i spolu

Distribucija ispitanika po komorbiditetu i spolu prikazana je u Tablici 17. Ispitanici su podijeljeni po spolu te u četiri skupine: oni koji boluju od depresije, oni koji uz depresiju imaju tjelesnu bolest, oni koji uz depresiju imaju psihički poremećaj i oni koji uz depresiju imaju tjelesnu bolest i psihički poremećaj (multipli morbiditet).

Tablica 17. Distribucija ispitanika po skupinama komorbiditeta i spolu, N=100

	Muškarci N=50 (%)	Žene N=50 (%)	Ukupno N (%)	Fisher test	Test P
Depresija	4 (8%)	8 (16%)	12 (24%)		0,196
Depresija+tjelesne bolesti	14 (28%)	20 (40%)	34 (68%)		
Depresija+psihički poremećaji	9 (18%)	4 (8%)	13 (26%)		
Depresija+psihički poremećaji+tjelesne bolesti	23 (46%)	18 (36%)	41 (82%)		

Distribucija ispitanika po mono i komorbiditetu depresije i spolu prikazana je u Tablici 18. Ispitanici su podijeljeni po spolu i u dvije skupine: oni koji boluju samo od depresije i oni koji uz depresiju imaju još jednu ili više bolesti.

Tablica 18. Distribucija ispitanika po mono i komorbiditetu depresije i spolu, N=100

	Muškarci N=50(%)	Žene N=50(%)	Ukupno N	Fisher test	Test P
Depresija	4 (8%)	8 (16%)	12 (24%)		
Depresija u komorbiditetu	46(92%)	42 (84%)	88 (176%)		0,357

Tablica 18. prikazuje da u promatranom uzorku 12 bolesnika ima dijagnozu samo jednog poremećaja, odnosno depresiju, dok ostalih 88 bolesnika uz depresiju ima neku od tjelesnih bolesti i/ili psihički poremećaj.

Distribucija ispitanika po aktivnom zamišljanju suicida, spolu i komorbiditetu

Distribucija ispitanika po zamišljanju suicida, spolu i komorbiditetu prikazana je u Tablici 19. i Tablici 20.

Ispitanike podijeljene u skupine po spolu podijelili smo u dvije skupine: oni koji boluju samo od depresije i oni koji uz depresiju imaju još jednu ili više bolesti. Ispitanici su analizirani i prikazani ovisno o tome jesu li imali aktivno zamišljanje samoubojstva s jasnom namjerom, ali bez plana ili nisu.

Tablica 19. Aktivno zamišljanje suicida s jasnom namjerom, ali bez plana, N=100

Spol					Test		
		Depresija N (%)	Depresija u komorbiditetu N (%)	Ukupno N	x2	df	P
Muški	da	2 (50,0%)	15 (32,6%)	17 (34%)	Fisher test		0,597
	ne	2(50,0%)	31 (67,4%)	33 (66%)			
Ženski	da	3 (37,5%)	25 (59,5%)	28 (56%)	Fisher test		0,277
	ne	5 (62,5%)	17 (40,5%)	22 (44%)			
Ukupno	da	5 (41,7%)	40 (45,5%)	45 (45%)	0,061	1	1,000
	ne	7 (58,3%)	48 (54,5%)	55 (55%)			

Tablica 19. prikazuje da aktivna zamišljanja suicida s namjerom, ali bez plana ima polovica ispitanika. Žene s depresijom u komorbiditetu s tjelesnom bolešću ili psihičkim poremećajem češće imaju navedena razmišljanja. Nema statistički značajne razlike u zamišljanju suicida s jasnom namjerom, ali bez plana između muškaraca i žena u mono i komorbiditetu depresije.

Ispitanike podijeljene u skupine po spolu podijelili smo u dvije skupine: oni koji boluju samo od depresije i oni koji uz depresiju imaju još jednu ili više bolesti. Ispitanici su analizirani i prikazani ovisno o tome jesu li imali aktivno zamišljanje suicida s jasnom namjerom i planom ili nisu.

Tablica 20. Aktivno zamišljanje suicida s jasnom namjerom i planom, N=100

Spol		Depresija N (%)	Depresija u komorbiditetu N(%)	Ukupno N	Test		
					χ^2	df	P
Muški	da	0 (0,0%)	8 (17,4%)	8 (16%)	Fisher test		1,000
	ne	4 (100,0%)	38 (82,6%)	42 (84%)			
Ženski	da	2 (25,0%)	15 (35,7%)	17 (34%)	Fisher test		0,699
	ne	6 (75,0%)	27 (64,3%)	33 (66%)			
Ukupno	da	2 (16,7%)	23 (26,1%)	25 (25%)	0,505	1	0,477
	ne	10 (83,3%)	65 (73,9%)	75 (75%)			

Tablica 20. prikazuje da suicid s namjerom i jasnim planom ima četvrtina ispitanika češće žene s depresijom u komorbiditetu. Nema statistički značajne razlike u zamišljanju suicida s jasnom namjerom, ali bez plana između muškaraca i žena u mono i komorbiditetu depresije.

Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i komorbiditetu

Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i komorbiditetu prikazana je u Tablici 21. Ispitanici su podijeljeni po spolu, u dvije skupine po mono i komorbiditu depresije te ponovo u dvije skupine: oni koji su se pripremali na suicid; sakupljali tableta ili pripremali užu, pisali oporuku i/ili oproštajno pismo i svi ostali koji se nisu pripremali na suicid bez obzira jesu li ili nisu imali pokušaj suicida.

Tablica 21. Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i komorbiditetu, N=100

Čin pripreme suicida					Test	
		Depresija N=12 (%)	Depresija u komorbiditetu N=88 (%)	Ukupno N	Fisher test	P
muškarci	da	1 (25,0%)	9 (19,6%)	10(20%)		
	ne	3 (75,0%)	37 (80,4%)	40(80%)		1,000
žene	da	2 (25,0%)	13 (31,0%)	15(30%)		
	ne	6 (75,0%)	29 (69,0%)	35(70%)		1,000

Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i skupinama komorbiditeta

Tablica 22. Distribucija ispitanika po činu pripreme suicida i skupinama komorbiditeta, N=100

Čin pripremanja suicida		Komorbiditet				Ukupno N	Test	
		Depresija N=12 (%)	Depresija+ tjelesne bolesti N=34 (%)	Depresija+ psihički poremećaji N=13 (%)	Depresija+ psihički poremećaji+ tjelesne bolesti N=41 (%)		Fisher test	P
muškarci	da	1 (25%)	3 (21,4%)	0,0%	6 (26,1%)	10		
	ne	3 (75%)	11 (78,6%)	9 (100,0%)	17 (73,9%)	40		0,385
žene	da	2 (25,0%)	6 (30,0%)	1 (25,0%)	6 (33,3%)	15		
	ne	6 (75,0%)	14 (70,0%)	3 (75,0%)	12 (66,7%)	35		1,000

Tablica 21. i Tablica 22. prikazuje da se za neposredni pokušaj suicida najčešće pripremaju muškarci i žene s depresijom i psihičkim poremećajem i tjelesnom bolešću. Najrijeđe se pripremaju bolesnici koji uz depresiju imaju psihički poremećaj. Ne postoji statistički značajna razlika između ispitivanih skupina.

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i komorbiditetu

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i komorbiditetu prikazana je u Tablici 21. Ispitanici su podijeljeni po spolu i u dvije skupine po mono i komorbiditu depresije te ponovo u dvije skupine: oni koji su imali pokušaj suicida i oni koji nisu imali pokušaj suicida.

Tablica 23. Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i komorbiditetu, N=100

Pokušaj suicida		Depresija N=12 (%)	Depresija u komorbiditetu N=88 (%)	Ukupno N	Test	
					Fisher test	P
muškarci	da	2 (50,0%)	14 (30,4%)	16(32%)		
	ne	2 (50,0%)	32 (69,6%)	34(68%)		0,584
žene	da	2 (25,0%)	21 (50,0%)	23(46%)		
	ne	6 (75,0%)	21 (50,0%)	27(54%)		0,261

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i skupinama komorbiditeta

Tablica 24. Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i skupinama komorbiditeta, N=100

Pokušaj suicida		Komorbiditet				Ukupno N	Test	
		Depresija N=12 (%)	Depresija+ tjelesne bolesti N=34 (%)	Depresija+ psihički poremećaji N=13 (%)	Depresija+ psihički poremećaji+ tjelesne bolesti N=41 (%)		Fisher test	P
muškarci	da	2 (50,0%)	4 (28,6%)	3 (33,3%)	7 (30,4%)	16 (32%)		
	ne	2 (50,0%)	10 (71,4%)	6 (66,7%)	16 (69,6%)	34 (68%)		0,908
žene	da	2 (25,0%)	9 (45,0%)	1 (25,0%)	11 (61,1%)	23 (46%)		
	ne	6 (75,0%)	11 (55,0%)	3 (75,0%)	7 (38,9%)	27 (54%)		0,309

Tablica 23. i Tablica 24. prikazuju da su muškarci koji uz depresiju imaju psihički poremećaj i žene koje uz depresiju imaju psihički poremećaj i tjelesnu bolest i one koje uz depresiju imaju tjelesnu bolest suicid pokušavali u najvećem broju. Razlika u pokušaju suicida i skupinama dijagnoza nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po godinama prvog pokušaja suicida i skupinama komorbiditeta

Distribucija ispitanika po godinama prvog pokušaja suicida i skupinama komorbiditeta prikazana je u Tablici 25. Ispitanici koji su pokušali suicid, njih 39, podijeljeni su u četiri skupine: oni koji boluju od depresije, oni koji uz depresiju imaju tjelesnu bolest, oni koji uz depresiju imaju psihički poremećaj i oni koji uz depresiju imaju tjelesnu bolest i psihički poremećaj te u tri skupine: oni koji su suicid prvi put pokušali do 35 godine života, oni koji su suicid pokušali između 35 i 50 godine života i oni koji su suicid prvi put pokušali kad su imali 50 i više godina života.

Tablica 25. Distribucija ispitanika po godinama prvog pokušaja suicida i skupinama komorbiditeta, N=39

Godine pri prvom pokušaju suicida		Komorbiditet				Ukupno N	Test	
		Depresija N=4 (%)	Depresija+ tjelesne bolesti N=13 (%)	Depresija+ psihički poremećaji N=4 (%)	Depresija+ psihički poremećaji +tjelesne bolesti N=18 (%)		Fisher test	P
muškarci	do 35g.	0,0%	1 (25,0%)	1 (33,3%)	1 (14,3%)	3(18%)		
	35-50g.	0,0%	2 (50,0%)	2 (66,7%)	3 (42,9%)	7(44%)		
	>50g.	2 (100%)	1 (25,0%)	0,0%	3 (42,9%)	6(37%)		0,645
žene	do 35g.	0,0%	1 (11,1%)	0,0%	2 (18,2%)	3 (13%)		
	35-50g.	2 (100,0%)	5 (55,6%)	0,0%	6 (54,5%)	13(56%)		
	>50g.	0,0%	3 (33,3%)	1 (100,0%)	3 (27,3%)	7(31%)		0,808

Tablica 25. prikazuje da u mlađoj dobi muškarci i žene jednako često pokušavaju suicid, dok u srednjoj i starijoj životnoj dobi suicid češće pokušavaju žene. U srednjoj i starijoj životnoj dobi muškarci i žene s depresijom i psihičkim poremećajem i tjelesnom bolešću najčešće pokušavaju suicid, dok ga u mlađoj životnoj dobi pokušavaju rjeđe. Razlika na ispitanom uzorku nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po broju pokušaju suicida i skupinama komorbiditeta, N=39

Distribucija ispitanika po broju pokušaju suicida i skupinama komorbiditeta nije pokazala značajnost razlike među skupinama dijagnostičkih kategorija. Nije pronađena značajna razlika; većina bolesnika u svim skupinama je suicid do sada pokušala jednom ili dva puta. Korišten je neparametrijski Hi kvadrat test: $\chi^2=11,289$; $df=9$; $P=0,256$.

Distribucija ispitanika po broju pokušaja suicida, spolu i skupinama komorbiditeta

Distribucija ispitanika po broju pokušaja suicida, spolu i skupinama komorbiditeta prikazana je u Tablici 26. Ispitanici koji su pokušali suicid podijeljeni su po spolu, broju pokušaja; od 1 do 4 te u četiri skupine: oni koje boluju od depresije, oni koje uz depresiju imaju tjelesnu bolest, oni koje uz depresiju imaju psihički poremećaj i oni koje uz depresiju imaju tjelesnu bolest i psihički poremećaj.

Tablica 26. Distribucija ispitanika po broju pokušaja suicida, spolu i skupinama komorbiditeta, N=39

Broj pokušaja suicida		Komorbiditet				Ukupno N	Test	
		Depresija N (%)	Depresija + tjelesne bolesti N (%)	Depresija + psihički poremećaj N (%)	Depresija + psihički poremećaji + tjelesne bolesti N (%)		Fisher test	P
muškarci	1	1 (25%)	1 (25%)	3 (100%)	5 (72%)	10		0,106
	2	0	3 (75%)	0	2 (28%)	5		
	3	1 (50%)	0	0	0	1		
	4	0	0	0	0	0		
žene	1	1 (50%)	2 (22%)	1 (100%)	5 (45%)	9		0,820
	2	1 (50%)	3 (33%)	0	3 (27%)	7		
	3	0	2 (22%)	0	3 (27%)	5		
	4	0	2 (15%)	0	0	2		

Tablica 26. prikazuje daje kod muškaraca koji imaju depresiju u komorbiditetu s tjelesnim bolestima veća vjerojatnost da će suicid pokušati ne samo jednom nego dva puta. Razlika kod muškaraca u broju pokušaja suicida i komorbiditetu je blizu statističke značajnosti; no obzirom na mali broj muškaraca koji su pokušali suicid, njih 13, ne možemo sa sigurnošću znati radi li se o slučajnosti i hoće li se isto ponoviti na drugom uzorku. Žene u komorbiditetu s tjelesnim i/ili psihičkim poremećajem imaju veći broj suicidalnih pokušaja no razlika između muškaraca i žena i skupine komorbiditeta nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po načinu pokušaju suicida i skupinama komorbiditeta

Distribucija ispitanika po načinu pokušaju suicida i skupinama komorbiditeta prikazana je u Tablici 27. Ispitanike koji su pokušali suicid podijelili smo u komorbidne skupine te prema načinu pokušaja suicida: tablete, vješanje, rezanje žila, skok pod vlak, aplikacija inzulina i brza vožnja.

Tablica 27. Distribucija ispitanika po načinu pokušaju suicida i skupinama komorbiditeta, N=39

		Komorbiditet				Test	
		Depresija	Depresija +tjelesne bolesti	Depresija +psihički poremećaj	Depresija + psihički poremećaji +tjelesne bolesti	Ukupno N	Fisher test
		N=4	N=13	N=4	N=18		P
Način pokušaja suicida muškarci	Tablete	2	1	2	4	9	
	Vješanje		2		2	4	
	Rezanje žila			1		1	
	Vlak				1	1	
	Inzulin						
	Brza vožnja		1			1	0,561
Način pokušaja suicida žene	Tablete	2	8	1	10	21	
	Vješanje				1	1	
	Rezanje žila						
	Vlak						
	Inzulin		1			1	
	Brza vožnja						0,780
Ukupno		4	13	4	18	39	

Tablica 27. prikazuje da depresivni bolesnici, samo s osnovnom bolešću i u komorbiditetu suicid najčešće pokušavaju tabletama. Vješanje kao način pokušaja puno češće su koristili muškarci u komorbiditetu s tjelesnim bolestima i oni s tjelesnim bolestima i psihičkim poremećajima.

Tabletama su suicid najčešće pokušavale žene s tjelesnim bolestima. Razlika u načinu pokušaja suicida i skupinama komorbiditeta nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po suicidalnosti kod žena s depresijom i tjelesnom bolešću

Distribucija ispitanika po suicidalnosti kod žena s depresijom i tjelesnom bolešću prikazana je u Tablici 28. Žene, njih 50, podijeljene su u skupine onih koje su pokušale suicid i onih koje nisu pokušale suicid te u dvije skupine: one koje uz depresiju imaju tjelesnu bolest i one koje nemaju tjelesnu bolest.

Tablica 28. Distribucija ispitanika po suicidalnosti kod žena s depresijom i tjelesnom bolešću, N=50

Žene		Depresija s tjelesnom bolešću N=38 (%)	Depresija bez tjelesne bolesti N=12 (%)	Ukupno N (%)	Test	
					Fisher test	P
Pokušaj suicida	da	20 (53%)	3 (25%)	23 (46%)		
	ne	18 (47%)	9 (75%)	27 (54%)		0,112

Tablica 28. prikazuje da depresivne žene u komorbiditetu s tjelesnim bolestima nešto češće pokušavaju suicid nego one samo s depresijom ili u komorbiditetu s psihičkim poremećajima. Na ispitivanom uzorku razlika nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po suicidalnosti kod muškaraca s depresijom i poremećajem osobnosti

Distribucija ispitanika po suicidalnosti kod muškaraca s depresijom i poremećajem osobnosti prikazana je u Tablici 29. Muškarci, njih 50, koji su pokušali suicid podijeljeni su u skupine onih koji su pokušale suicid i onih koji nisu pokušali suicid te u dvije skupine: oni koje uz depresiju imaju poremećaj osobnosti i oni koji poremećaj osobnosti nemaju.

Tablica 29. Distribucija ispitanika po suicidalnosti kod muškaraca s depresijom i poremećajem osobnosti, N=50

Muškarci		Depresija s poremećajem osobnosti N=22 (%)	Depresija bez poremećaja osobnosti N=28 (%)	Ukupno N (%)	Test	
					Fisher test	P
Pokušaj suicida	da	6 (27%)	10 (36%)	16 (32%)		
	ne	16 (73%)	18 (64%)	34 (68%)		0,559

Tablica 29. prikazuje da muškarci s depresijom i poremećajem osobnosti tek nešto češće pokušavaju suicid u odnosu na one s depresijom i tjelesnim bolestima i drugim psihičkim poremećajima. Na ispitivanom uzorku razlika nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida, spolu i broju dijagnoza

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida, spolu i broju dijagnoza prikazana je u Tablici 30. Ispitanici koji su pokušali suicid, ukupan uzorak uz podjelu po spolu: muškarci, žene podijeljeni su u tri skupine ovisno o broju medicinskih dijagnoza: oni s jednom dijagnozom, oni s dvije do tri dijagnoze i oni s četiri do šest dijagnoza.

Tablica 30. Distribucija ispitanika po pokušaju suicida, spolu i broju dijagnoza, N=39

Pokušaj suicida		Broj dijagnoza			Ukupno N (%)	Test	
		1	2-3	4-6		Fisherov test	P
muški	da	2 (50%)	6 (23%)	8 (40%)	16 (32%)		
	ne	2 (50%)	20 (77%)	12 (60%)	34 (68%)		
	ukupno	4 (100%)	26 (100%)	20 (100%)	50 (100%)		0,343
ženski	da	2 (25%)	12 (52%)	9 (47%)	23 (46%)		
	ne	6 (75%)	11 (48%)	10 (53%)	27 (54%)		
	ukupno	8 (100%)	23 (100%)	19 (100%)	50 (100%)		0,476

Tablica 30. prikazuje analizu bolesnika na ukupnom uzorku i po spolu prema pokušaju suicida i broju medicinskih dijagnoza; vidimo da bolesnici s većim brojem dijagnoza imaju veći broj pokušaja suicida. Žene sa dvije, tri, četiri i pet medicinskih dijagnoza češće pokušavaju suicid nego muškarci s istim brojem dijagnoza. Nije se pokazala statistički značajna razlika, niti kod muškaraca, niti kod žena.

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i životu s/ bez partnera

Distribuciju ispitanika po pokušaju suicida i životu s/bez partnera prikazana je u Tablici 31. Svi ispitanici su podijeljeni prema pokušaju suicida u dvije skupine: oni koji su pokušali suicid i oni koji nisu pokušali suicid i u dvije skupine: oni koji žive sami i oni koji žive s partnerom.

Tablica 31. Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i životu s/bez partnera, N=100

Pokušaj suicida		Bračni status		Ukupno N (%)	Test	
		U braku	Samci/razveden i/udovci		Fisherov test	P
Muški	da	10 (37%)	6 (26%)	16 (32%)		
	ne	17 (63%)	17 (74%)	34 (68%)		
	ukupno	27 (100%)	23 (100%)	50 (100%)		0,546
Ženski	da	17 (48%)	6 (40%)	23 (46%)		
	ne	18 (52%)	9 (60%)	27 (54%)		
	ukupno	35 (100%)	15 (100%)	50 (100%)		0,758

Tablica 31. prikazuje da bolesnici koji žive s bračnim partnerom u odnosu na one koji žive sami češće pokušavaju suicid. Na ispitivanom uzorku razlika nije statistički značajna.

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i mjesečnim prihodima

Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i mjesečnim prihodima prikazana je u Tablici 32. Ispitanici koji su pokušali suicid, njih 39, podijeljeni su po spolu te u pet skupina: oni s mjesečnim prihodom manjim od 1.000 kn po članu, oni s mjesečnim prihodom od 1.000 do 2.000 kn, oni s prihodom od 2.000 do 3.000 kn, oni s prihodom od 3.000 do 5.000 kn i oni s mjesečnim prihodom po članu domaćinstva većim od 5.000 kn.

Tablica 32. Distribucija ispitanika po pokušaju suicida i mjesečnim prihodima, N=100

Pokušaj suicida	Mjesečni prihodi kućanstva					Ukupno N	Test	
	<1.000kn N=17(%)	1.000- 2.000kn N=32(%)	2.000- 3.000kn N=20(%)	3.000- 5.000kn N=23(%)	>5.000kn N=8 (%)		Fisher test	P
muški da	5 (32%)	3 (18%)	3 (18%)	3 (18%)	2 (13%)	16		0,425
ne	5 (18%)	14 (42%)	4 (12%)	8 (24%)	3 (8%)	34		
ukupno	10 (50%)	17 (60%)	7 (13%)	11 (42)	5 (21%)	50		
žene da	2 (8%)	14 (44%)	11 (48%)	5 (22%)	1 (4%)	23		0,141
ne	5(18%)	18 (56%)	4 (15%)	7 (26%)	2 (7%)	27		
ukupno	5 (26%)	32(100%)	15 (63%)	12 (48%)	3 (11%)	50		

Tablica 32. prikazuje da su suicid najčešće pokušavali bolesnici s prihodom manjim 2.000 kn mjesečno. Na ispitivanom uzorku razlika nije statistički značajna. Suicid su najčešće pokušavali muškarci s mjesečnim prihodom manjim od 1.000 kn i žene s mjesečnim prihodom od 1.000 kn do 3.000 kn.

6. RASPRAVA

Postoji trend porasta bolesnika koji boluju od depresivnog poremećaja, a samim tim i veći rizik od suicidalnosti. Depresija se u dvanaest bolesnika javlja kao zasebni poremećaj, dok velika većina, njih 88 uz depresiju imaju još jednu ili više tjelesnih ili psihijatrijskih bolesti. Komorbidni poremećaji u sestrinskoj su skrbi značajno zahtjevniji i složeniji. Suicidalnost je jedan od najtežih simptoma psihičkih poremećaja, u komorbiditetu značajno učestaliji.

U odnosu **na suicid u obitelji** pozitivnu obiteljsku anamnezu na suicid ima njih 24%, svaki četvrti bolesnik u ispitivanom uzorku. Obiteljska opterećenost suicidom na ispitivanom uzorku ne razlikuje se od rezultata istraživanja (Biro, 1982.) u Vojvodini s rezultatom od 25 do 30%.

Suicidalna razmišljanja ili neodređene aktivne misli o samoubojstvu imalo je, odnosno razmišljalo je da se ubije 74% ispitanika. U odnosu **na epidemiološke podatke vezane za suicidalnost** naši podaci koreliraju sa svjetskim epidemiološkim rezultatima koje smo dobili iz literature, a to je da 60 do 80% oboljelih od depresivnog poremećaja ima suicidalna razmišljanja (Wulsin, 1999.).

U zamišljanju samoubojstva s namjerom, ali bez plana i u zamišljanju samoubojstva s jasnom namjerom i planom u promatranom uzorku pokazala se statistički značajna razlika između muškaraca i žena. Zamišljanja samoubojstva s namjerom bez plana kao i s namjerom i jasnim planom intenzivnija su i učestalija u žena, one su te koje o samoubojstvu aktivnije i dublje razmišljaju i češće ga planiraju.

U odnosu **na pokušaj suicida** na cjelokupnom uzorku svih depresivnih bolesnika uključenih u istraživanje, a koji su bolnički ili ambulantno liječeni na našem odjelu u vremenskom periodu od 1. siječnja do 1. svibnja ove godine, njih 39, nešto je više od trećine bolesnika pokušalo suicid. Pokušaj suicida čest je tijekom depresivnog poremećaja. U jednom istraživanju provedenom s bolesnicima koji boluju od velikog depresivnog poremećaja nađeno je da je njih 62% imalo ozbiljan pokušaj suicida (Beautrais, 1996.). Podaci drugog istraživanja govore da je rizik za suicidalni pokušaj tijekom života kod depresivnih bolesnika 28% (Bernal i sur., 2007.). Rezultati provedenog istraživanja, s 39% depresivnih bolesnika koji su pokušali suicid u skladu je s već provedenim istraživanjima.

U istraživanju nažalost nismo našli razlika suicidalnosti u odnosu na mono i multipli morbiditet, ali samo na razini statističke značajnosti. Rezultati koje smo dobili su očekivani s obzirom na veličinu uzorka; podaci u realnim brojevima, a onda i u trendovima pokazuju da je suicidalnost povezana s brojem dijagnoza odnosno da najveći rizik od suicidalnog ponašanja pa onda i od suicidalnosti imaju one osobe koje imaju veći broj dijagnoza.

U odnosu **na spol i pokušaj suicida** rezultati pokazuju da je ukupno 39 bolesnika pokušalo suicid, 23 žena i 16 muškaraca. Rezultati koreliraju podacima iz literature koji govore da žene češće pokušavaju suicid, a muškarci ga češće počinu (Grubišić-Ilić, 2002.). Nismo dobili statistički značajnu razliku, ali na razini apsolutnih brojeva dobili smo razliku koja potvrđuje pravilo da je kod žena suicidalno ponašanje češće te one imaju i više suicidalnih promišljanja.

Srednja životna **dob** prema starijoj dobi predstavlja najveći rizik za počinjenje suicida. U srednjoj i starijoj životnoj dobi muškarci i žene s depresijom i psihičkim poremećajem i tjelesnom bolešću najčešće pokušavaju suicid. Podaci iz literature govore da su poremećaji raspoloženja češće povezani s ozbiljnim pokušajem samoubojstva u žena i starijih osoba (Beautrais, 1996.). Mi možemo iz apsolutnih brojeva i trendova vidjeti da žene srednje i starije dobi suicid pokušavaju češće, ali zbog premalog uzorka ne možemo sa sigurnošću o tome govoriti.

Uz dužinu liječenja logično ide i veći broj suicidalnih pokušaja, ali radi li se stvarno korelaciji nije bilo moguće potvrditi zbog premalog broja bolesnika iz uzorka koji su tijekom liječenja od depresije imali suicidalni pokušaj. Oko dvije trećine žena pokušalo je suicid više puta, dok je kod muškaraca koji imaju depresiju u komorbiditetu s tjelesnim bolestima veća vjerojatnost da će suicid pokušati ne samo jednom nego dva ili više puta. Rezultati su u skladu s već provedenim istraživanjima da nedavni pokušaj samoubojstva u osobe s depresijom označuje osobito visoki rizik za slijedeći pokušaj ili suicid (Nordstrom, 1995.).

Dobiveni rezultati načina pokušaja suicida govore da depresivni bolesnici, samo s osnovnom bolešću i u komorbiditetu suicid najčešće pokušavaju tabletama. Vješanje kao način pokušaja suicida puno su češće koristili muškarci u komorbiditetu s tjelesnim bolestima i oni s tjelesnim bolestima i psihičkim poremećajima dok su suicid tabletama najčešće pokušavale žene s tjelesnim bolestima.

U odnosu **na suicidalno ponašanje i čimbenike rizika** bolesnici najčešće navode psihijatrijske čimbenike (bezizlaznost, tuga, bezvoljnost, žalovanje, umor, nemoć) i psihosocijalne čimbenike (obiteljski problemi, nezaposlenost, strah od otkaza, financijska situacija). Rizični čimbenici koje su bolesnici navodili u skladu su s podacima iz literature, uz veliki depresivni poremećaj navode nezaposlenost, stresne životne događaje te određenu obiteljsku izloženost (Maris RW, 2000.). Suicidalne namjere uz beznadnost i prethodne suicidalne pokušaje dugoročni su čimbenici rizika i bolji prediktori rizika za suicid nego depresija (Gabbard, 2005.). U nekih skupina somatskih bolesnika beznadnost znatno korelira sa suicidalnim idejama (Chochinov, 1998.).

U odnosu **na protektivne faktore** koji su bolesnike spriječili u pokušaju samoubojstva bolesnici iz ispitivanog uzorka najčešće navode djecu, unuke i obitelj. Muškarci u odnosu na žene u ispitivanom uzorku navode veći utjecaj razloga odnosno protektivnih faktora u zaštiti od suicidalnih pokušaja.

Unatoč značajnim fizičkim, emocionalnim i društvenim promjenama koje se javljaju u odrasloj dobi, malo je istraživanja koje ispituju povezanost kroničnih bolesti i psihičkih poremećaja. Podaci Kanadskih autora iz 2015. godine Anketom o mentalnom zdravlju na uzorku od 5947 ispitanika koji su imali kronične bolesti (dišnog, kardiovaskularnog, mišićno-koštanog, endokrinog, neurološkog sustava) pokazuju da je doživotna prevalencija afektivnih poremećaja bila značajno viša u usporedbi sa zdravom populacijom (Ferro MA, 2015.).

Američka studija iz 2004. godine provedena na 5962 ispitanika povezuje kroničnu bol, teške glavobolje, bolove u vratu i zglobovima sa suicidalnim razmišljanjima, idejama, planovima i pokušajima. Osobe s kroničnom boli imaju dodatni rizik za komorbidna stanja s psihičkim poremećajima i suicidalnost (Braden JB, Sullivan MD, 2008.). Somatski poremećaji udruženi s depresijom mogu povećati suicidalni rizik, trećina je žrtava suicida imala neki somatski poremećaj u trenutku smrti (Hopes LM, 1999.). Provedeno istraživanje potvrdilo je da depresivne žene u komorbiditetu s tjelesnim bolestima češće pokušavaju suicid nego one samo s depresijom ili u komorbiditetu s psihičkim poremećajima.

U odnosu **na pokušaj suicida isocioekonomski status** u članku iz 2007. godine engleski istraživači provjeravaju tezu o povezanosti osobnog duga sa suicidalnošću na 7461 ispitaniku. Suicidu su najviše sklone žene u dobi od 35 do 54 godine, a najmanje muškarci stariji od 54 godine, a oni koji su dužni razmišljaju o samoubojstvu dvostruko više od osoba koje nemaju duga. Također postoji razlika u odnosu na vrstu duga (dug po kreditnim karticama, kreditni dug, hipotekarni dug). Trebalo bi razmisliti da se nezaposlenim osobama omogući stručna pomoć u suočavanju s problemima i depresijom (Meltzer H, 2007.).

Rad grčkih znanstvenika iz 2014. godine potvrđuje rezultate prijašnjih radova koji ukazuju na povećanu incidenciju suicida u vrijeme krize. Usporedivši suicidalnost u Ateni prije i za vrijeme krize primjećuje se statistički značajna razlika u broju i spolu samoubojica. U doba krize povećava se broj samoubojstava i više se ubijaju muškarci te je dob samoubojica starija. Autori upozoravaju na nužnost preventivnih programa za vrijeme krize (Stavrianakos K, 2014.).

Studija španjolskih autora istraživala je razmišljanja o suicidu i pokušaju suicida uspoređujući ih s vremenom prije ekonomske krize. Samoubojstva u dobi do 50 godina uglavnom su povezana s problemima u braku, alkoholizmom i nezaposlenošću dok su samoubojstva u starijoj dobi povezana s usamljenošću i financijskim problemima (Miret M, 2014.).

Na ispitivanom se uzorku nije pokazala statistički značajna razlika u pokušaju suicida i socioekonomskom statusu. Suicid su najčešće pokušavali muškarci s mjesečnim prihodom manjim od 1.000 kn i žene s mjesečnim prihodom od 1.000 kn do 3.000 kn. Nezaposlenost i egzistencijalna nesigurnost zasigurno su rizični faktori za suicidalna razmišljanja i pokušaje suicida. Na ispitivanom uzorku u direktnoj korelaciji nismo našli povezanost, djelom zato što je uzorak bolesnika s pokušajem suicida premali.

Ograničenje ovog istraživanja je da je provedeno na relativno malom uzorku ispitanika i da je presječno. Prednost ovog istraživanja jest u tome da je ono provedeno u kratkom vremenskom razdoblju s pouzdanim mjernim instrumentom koji je standardiziran i na hrvatskoj populaciji. Rezultate dobivene ovim istraživanjem vrijedilo bi potvrditi prospektivnim istraživanjem na većem uzorku ispitanika.

7. ZAKLJUČCI

Promatrana populacija od 100 bolesnika oboljelih od depresivnog poremećaja i depresivnog poremećaja u komorbiditetu s drugim psihičkim i tjelesnim bolestima, a liječena u Klinici za psihijatriju Vrapče, hospitalno i ambulantno od 1. siječnja 2015.godine do 1. svibnja 2015. godine, ispitivana je s obzirom na brojne sociodemografske karakteristike, hospitalne karakteristike i karakteristike kliničke slike – uključujući suicidalnost. U stratifikaciji uzorka glede mono i komorbidne dijagnoze depresije dobiveni su rezultati koji govore da je 12% oboljelih imalo samo dijagnozu depresije dok ih je 88% imalo komorbidnu dijagnozu – i to 34% uz depresiju imalo je tjelesnu bolest, 41% oboljelih je uz depresiju imalo tjelesnu bolest i psihički poremećaj (multipli morbiditet), a 13% oboljelih je uz depresiju imalo psihički poremećaj.

Obzirom na broj medicinskih dijagnoza, odnosno boluju li samo od osnovnog poremećaja ili imaju elemente za dijagnozu još jednog ili više dodatnih poremećaja, odnosno podjelom na depresiju i komorbiditet s tjelesnim bolestima i/ili psihičkim poremećajima, **hipoteza da će suicidalnost biti učestalija u muških i ženskih bolesnika s komorbidnim poremećajem** nije potvrđena. Dokazali smo to na razini apsolutnih brojki i trendova, ali ne i na razini statističke značajnosti.

Hipoteza da je **suicidalnost češća u komorbidnom poremećaju u žena u odnosu na muškarce** nije potvrđena. Nismo dobili statistički značajnu razliku, ali na razini apsolutnih brojeva dobili smo razliku koja potvrđuje pravilo da je kod žena suicidalno ponašanje češće te one imaju i više suicidalnih promišljanja, dok muškarci suicid izvrše čak tri do četiri puta češće. U podlozi čega može biti kulturalno naslijeđe, jer je tuga i izražavanje suicidalnosti kod žena primjerenije, zato što žene imaju hormonalni disbalans na mjesečnoj razini pa instabilnost hormona uzrokuje nestabilnost raspoloženja i zato što one rabe značajno manje letalna sredstva no muškarci. Žene najčešće pribjegavaju upotrebi tableta i manje opasnih sredstava za izvršenje, što kada bi gledali psihodinamski, one vjerojatno u toj želji za suicidom imaju više apela za pomoć no što imaju prave izvorne želje da prekinu svoj život. Na ukupnom uzorku vidimo da su žene češće pokušavale suicid nego muškarci. Nismo dobili statističku značajnost, ali na razini apsolutnih brojeva dobili smo razliku koja potvrđuje pravilo da je kod žena suicidalno ponašanje kao i promišljanje češće, što ne znači da muškarci suicid ne izvršavaju tri do četiri puta češće.

Hipoteza da se **suicidalnost u žena s komorbidnim poremećajem češće javlja u srednjoj i starijoj životnoj dobi, a kod muškaraca u ranijoj životnoj dobi** nije potvrđena. Razlog je tome djelom u premalom uzorku depresivnih bolesnika s pokušajem suicida (39 bolesnika), a u podjeli po spolu, bilo je 23 žene i 16 muškaraca. Mi ipak možemo iz apsolutnih brojeva i trendova vidjeti da se o tome radi, ali opet zbog premalog uzorka ne možemo o tome govoriti. Srednja životna dob prema starijoj dobi predstavlja najveći rizik za počinjenje suicida. To je dob u kojoj je čovjek dovoljno jak da to može i realizirati, izbistri mu se životna perspektiva, može imati bilansnu elaboraciju nečega što je postigao, a gdje mu se u smislu budućnosti sužava životna perspektiva tako da srednja životna dob prema starijoj životnoj dobi je doista najrizičnija za počinjenje suicida.

Hipoteza da će **suicidalnost biti češća kod depresivnih žena u komorbiditetu s tjelesnim bolestima** nije potvrđena. Na 5% rizika od pogreške nema razlike, ali na 10% razlika je statistički značajna; što nam govori da bi na većem uzorku razlika u pokušaju suicida kod depresivnih žena s tjelesnom bolesti u odnosu na depresivne žene s psihičkim poremećajem vjerojatno bila statistički značajna.

Hipotezu da će **suicid češće pokušati depresivni muškarci u komorbiditu s poremećajem osobnosti** postavili smo zato što je kod muškaraca poremećaj ličnosti vrlo često obućen u različite smetnje povezane s upotrebom alkohola. Alkohol je jedan vrlo važan čimbenik koji je povezan sa suicidalnošću i koji ju potpomaže dok različiti oblici poremećaja ličnosti uključuju jako slabu kontrolu afekta i ponašanja u smislu impulzivnosti, ishitrenosti i teške kontrole agresivnih pulzija. I prema tome tu smo predmnijevali da će muškarci koji imaju poremećaj osobnosti biti više povezani sa suicidalnošću. Za razliku od žena koje u srednjoj životnoj dobi ulaze u menopauzu, koja je povezana s čitavim nizom tjelesnih bolesti, ne samo s menopauzalnim poteškoćama nego i s poremećajima srca, s poremećajima pamćenja te poremećajima rada različitih organa. Ponovo rezultati nisu na razini statističke značajnosti iz razloga prigodnog, kliničkog maloga uzorka.

U istraživanju nažalost nismo našli razlika suicidalnosti u odnosu na mono i multipli morbiditet, ali samo na razini statističke značajnosti. Rezultati koje smo dobili su očekivani s obzirom na veličinu uzorka. Uzorak je doista bio prigodan i klinički, sakupljen u kratkom vremenskom periodu, ali zapravo je on bio „premali“.

Bez obzira iz njega se mogu uočiti podaci u realnim brojevima, a onda i u trendovima koji apsolutno pokazuju da je suicidalnost povezana s brojem dijagnoza odnosno da najveći rizik od suicidalnog ponašanja pa onda i od suicidalnosti imaju one osobe koje imaju veći broj dijagnoza. Ta statistička značajnost nije postignuta. Vrlo važan podatak koji govori o važnosti ovog istraživanja odnosno o važnosti prepoznavanja i liječenja komorbiditeta je činjenica da od 100 bolesnika koji su obuhvaćeni ovim istraživanjem samo 12 bolesnika je imalo dijagnozu depresije kao zasebni poremećaj, a 88 bolesnika je imalo neki komorbiditet.

Mi smo kroz ovo istraživanje postigli važan rezultat kojim potvrđujemo, a naročito apostrofiramo važnost prepoznavanja komorbiditeta u kliničkoj praksi gdje ponovo dokazujemo da komorbiditet nije izuzetak nego pravilo. Mi danas više nemamo ni jednog depresivnog poremećaja koji dolazi sam. U ovom malom uzorku, gdje smo zaista limitirani brojem, vidimo da samo 12 % bolesnika ima depresivni poremećaj kao zasebnu dijagnozu. Dobili smo vrlo važne apsolutne brojke, time i trendove odnosno spoznaju da je komorbiditet naša klinička stvarnost i da je beskrajno važan te da je suicidalnost povezana s brojem dijagnoza odnosno što je veći broj dijagnoza veći je rizik od suicidalnosti.

Većina testiranih hipoteza nije potvrđena na razini statističke značajnosti, a razlog tomu vjerojatno leži u činjenici da je uzorak bio premalen - prigodan, klinički; obuhvatio je bolesnike s dijagnozom depresije, koji su se u razdoblju prikupljanja podataka ambulantno ili hospitalno liječili u Zavodu za liječenje i rehabilitaciju.

Analiza uzorka s obzirom na pokušaj suicida pokazuje da je u uzorku bilo 39% depresivnih bolesnika koji su pokušali suicid. S obzirom na proporciju suicidalnih bolesnika u istraživanju, vidi se da se radi o prigodnom, ali premalom uzorku da bi dobiveni rezultati bili na razini statističke značajnosti. Međutim, dobiveni su rezultati i trendovi koji u velikoj mjeri podupiru hipoteze ovog istraživanja.

Ono što je istraživanje pokazalo, a jako je važno: apostrofiralo je važnost komorbiditeta, pokazalo je u apsolutnim brojkama i u trendovima važnost u suicidalnosti i broju dijagnoza. Ono što bi bilo vrijedno, upravo zbog malog uzorka, nastaviti ovo istraživanje kroz longitudinalni prikaz, kroz dulji vremenski period i na značajno većem uzorku gdje bi onda mogli potvrditi ove trendove i možda dobiti razliku u statističkoj značajnosti.

8. ZAHVALA

Zahvaljujem mentorici dr.sc. Tei Vukušić Rukavini na podršci, strpljenju i vremenu koje mi je posvetila.

Zahvaljujem pročelnici Zavoda za liječenje i rehabilitaciju, doc.dr.sc. Petrani Brečić na ideji, strpljenju i nesebičnoj pomoći.

Hvala kolegicama i kolegama, liječničkom timu i djelatnicima Zavoda na ukazanom povjerenju i suradnji tijekom studija.

Posebno zahvaljujem svojoj obitelji, suprugu, roditeljima i bliskim prijateljima na neizmjernoj ljubavi, pažnji i razumijevanju.

Rad posvećujem mojim najdražima, Ani i Tinu,
uz čiju ljubav i potporu je sve moguće.

9. LITERATURA

Agrawal A, Jacobson KC, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. (2004). Population-based twin study of sex differences in depressive symptoms. *Twin Research*;7: 176-181.

Akiskal HS (1989). New insights into the nature and heterogeneity of mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*;50: 6-10.

American Psychiatric Association. (2004). *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association.

Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*;68:167-181.

Aoun S. (1999). Deliberate self-harm in rural western Australia: results of an intervention study. *Aust NZJ Ment Health Nurs.*;8:65-73.

Arlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. (2001). Anti-depressant medication and suicide in Sweden. *Phar-macoepidemiol Drug Saf*;10:525-30

Baldessarini Rj, Jamison Kr. (1999). Effects of medical interventions in suicidal behavior. Summary and conclusions. *J Clin Psychiatry*;60(Suppl 2):117-22.

Beautrais Al, Joyce Pr, Mulder Rt, Fergusson Dm, Deavoll Bj, Nightingale Sk. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*;153: 1009-14.

Begić D. (2011). *Psihopatologija*. Medicinska naklada. Zagreb.

Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R. (2007). The ESEMED/MHEDEA investigators. Risk Factors for suicidality in Europe:Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*;101 (1-3).

Bilić P, Ivaniš A, Vidović D, Jukić V. (2011). Changing the structure of the hospitalized patients at the Psychiatric Clinic Vrapce. *Srp Arh Celok Lek*; 139 Suppl 1:33-5; dostupno na:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22352200>, preuzeto 16.09.2015.

Biro M.(2003). Metodološki okviri i problemi psihodijagnostike. U: Biro M, Butollo W. (ur.) *Klinička psihologija*. Novi Sad: Futura.

Braden JB. (2008). Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the national comorbidity survey replication.*J Pain*. 2008 Dec; 9(12): 1106–1115.

Bradvik L. (2003). Suicide after suicide attempt in severe depression : a long-term follow-up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*;33:381-388.

Braš M, Fingler M, Filaković P. (2006). Kronična bol. U: Gregurek R. (ur.) *Suradna i konzultativna psihijatrija. Psihijatrijski i psihološki problemi u somatskoj medicini*. Zagreb: Školska knjiga.

Brown GK. (1990). A causal analysis of chronic pain and depression. *J Abnorm Psychol*; 99:127-37.

Brown GK, Beck, AT, Steer RA, Grisham JR. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J. Consult Clin Psychology*;68:371-7.

Buchholtz-Hansen PE, Wang AG, Kragh-Sorensen P. (1993). Mortality in major affective disorder: relationship to subtype of depression. The Danish University Antidepress Group. *Acta Psychiatr Scand*; 87:329-335.

Carlsten A, Waern M, Ekedahl A, Ranstam J. (2001). Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*;10:525-30

Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. (1998). Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*;39:366-380.

Clark DC, Fawcett J. (1992). An empiric ally based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder. U: Jacobs D (ur.). *Suicide and Clinical Practice*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

Columbia University Medical Center, Columbia-Suicide Severity Rating Scale; dostupno na: http://www.cssrs.columbia.edu/clinical_trials.html, preuzeto: 20.10.2014.

Cuipers P and Smit F. (2002). Excess mortality in depression: A met-analysis of community studies, *J Affect Disord*; 72:227-36.

Dawey G. (2008). *Psychopathology*. Chichester: Blackwell.

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje - DSM-IV. (1996). Naklada Slap, Jastrebarsko.

Ernst CI, Goldberg Jf. (2004). Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review. *Harv Rev Psychiatry*;12:14-41.

- Ferro MA. (2015). Major depressive disorder, suicidal behaviour, bipolar disorder, and generalised anxiety disorder among emerging adults with and without chronic health conditions; dostupno na: <http://psycall.com/major-depressive-disorder-suicidal-behaviour-bipolar-disorder-and-generalised-anxiety-disorder-among-emerging-adults-with-and-without-chronic-health-conditions>, preuzeto: 10.09.2015.
- Fishbain DA. (1999). The association of chronic pain and suicide. *Semin Clin Neuropsychiatry*; 4:221-227.
- Fishbain DA. (2000). The meeting of pain and depression: comorbidity in women. *Canadian Journal of Psychiatry*; 45: 88.
- Fučkar G. (1992). Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta, Zagreb.
- Fučkar G. (1996). Uvod u sestrinske dijagnoze. Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju. Zagreb.
- Gabbard GO. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Glassman AH, Shapiro PA. (1998). Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry*; 155:4-11.
- Goreta M. (1995). Suicidalnost, u: Muićević V. i sur.: Psihijatrija. Medicinska naklada, Zagreb.
- Grubišić-Ilić M, Kozarić-Kovačić D, Grubišić F, Kovačić Z. (2002). Epidemiological study of suicide in the Republic of Croatia - comparison of war and post-war periods and areas directly and indirectly affected by war. *Eur Psychiatry*;17:259-64.
- Guze Sb, Robins E.(1970). Suicide and primary affective disorder. *Br J Psychiatry*;117:437-8.
- Fishbain DA. (1999). The association of chronic pain and suicide. *Semin Clin Neuropsychiatry*;4:221-227.
- Harris Ec, Barraclough B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*;170:205-28.
- Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. (2000). Doctors who kill themselves; a study of the methods used for suicide. *Q J Med*;93:351-357.
- Hopes Lm, Williams A. (1999). Depression, self-defeating, and self-destructive behaviours as predictors of suicide ideation in males and families. *Psychol Rep*;84:63-6.
- Hotujac Lj i sur. (2006). Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb.

Hrvatski znanstveno-statistički ljetopis za 2009. godinu. (2010). Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb.

Isometsa Et, Henriksson Mm, Aro Hm, Heikkinen Me, Kuoppasalmi Ki, Lönnquist Jk. (1994). Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*;151:530-6.

Jakovljević M. (2004). Depresivni poremećaji: od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Pro Mente d.o.o., Zagreb.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, *Archives of Geneneral Psychiatry*;5:8-19.

Kocijan-Hercigonja D i Folnegović-Šmalc V. (1995). Priručnik: Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti. Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata, Zagreb.

Kozarić-Kovačić D, Grubišić-Ilić M, Grubišić F, Kovačić Z. (2002). Epidemiological indicators of suicides in the Republic of Croatia. *Društvena Istraživanja*;1:155-70.

Kozarić-Kovačić D, Jendričko T. (2004). Suicidalnost i depresija; *Medicus*; 13: 77-87

Lam Rw and Mok H. (2008). Depression, Oxford University Press, Lundbeck Institute.

Lonnqvist JK. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. U: Hawton K, Heeringen van K. Suicide and Attempted Suicide. West Sussex: John Wiley & sonsLtd.

Makela P. (1996). Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction*;153: 1009-14.

Mäkelä P. (1996). Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* :91:101-12.

Mandić N i sur. (1988). Suicidologija. Zbor liječnika Hrvatske. Osijek.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, i sur. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*;294(16):2064-2074.

Marčinko D. i sur. (2001). Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada.

Maris Rw, Berman Al, Silverman Mm.(2000). Comprehensive Textbook of Suicidology. New York, London: The Guilford Press.

Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10. (1994).
Medicinska naklada, Zagreb, 1994.

Melfi Ca., Chawla JA, Croghan TW, Hanna MP, Kennedy S, Sredl K. (1998). The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry*;55:1128-1132.

Meltzer H. (2011). Personal debt and suicidal ideation. [Psychological Medicine](#) / Volume 41 / Issue 04 / April 2011, pp 771-778

Mihaljević-Peleš A, Šegud M. (2009). Klinička obilježja i dijagnoza afektivnih poremećaja. Zagreb: Medicinska naklada.

Miret M. (2014). Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. [Journal of Affective Disorders](#) (Impact Factor: 3.71). 07/2014; 163:1-9.

Nolen-Hoeksema S. (2002). Gender differences in depression. New York: Guilford Press.

Nolen-Hoeksema S. (1990). Sex differences in depression. Stanford: Stanford University press.

Nolen-Hoeksema S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*; 101: 259-282.

Norstrom T. (1995). Alcohol and suicide. *Addiction*;90:1463-1496.

Oxford English Dictionary. (1994.) Oxford: Barraclough & Shepard; Smjernice američkog udruženja

[Posner](#) K i sur. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults; *Am J Psychiatry*,168(12):1266-1277. dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893686/> preuzeto: 16.09.2015.

Schmidke A. (1997). Perspective: suicide in Europe. *Suicide Life Threat Behav*; 27:127-36.

Sedić B. (2006). Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zdravstveno veleučilište, Zagreb.

Simon GE, i sur. N Engel. (1999). *J Med.*;341(18):1329-1335.

Sokero TP, Melartin TK, Rytsala HJ, Leskela US, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. (2003). Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*;64:1094-1100.

Stavrianakos K. (2014). Attempted suicide during the financial crisis in Athens. *Grace. Psychiatriki* 01/2013; 24(3):170-174.

Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. MKB-10. (1999). Zagreb: Medicinska naklada.

Šepić S. i sur. (2011). *Sestrinske dijagnoze*. Zagreb: HKMS.

Štrkalj-Ivezić S. (2010). Kako prebroditi depresiju i pobijediti osamljenost. Hrvatski liječnički zbor; Udruga Svitanje, Zagreb.

Štrkalj-Ivezić S. (2010). Rehabilitacija u psihijatriji. Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga Svitanje, Zagreb.

Taylor D, Paton C, Kerwin R. (2003). *The South London and Maudsley NHS Trust 2003 Prescribing Guidelines*. 7. izd. London & New York: Martin Dunitz, Taylor & Francis Group.

Vuksan-Ćusa B. (2012). Suicidalnost i afektivni poremećaji. *Suicidologija. Zdravstveno veleučilište. HUMS*, Zagreb: 40-49.

Vukušić Rukavina T., Rojnić Kuzman, M., Brborović, O., Jovanović, N. (2010). Prikaz duševnih smetnji u tiskanim medijima u Hrvatskoj. *Soc. psihijat.*,38; 14-21.

Wasserman D. (2001). Personality disorder and suicide. U: *Suicide - An Unnecessary Death*. 1. izd. London: Martin Dunitz Ltd:83-93.

World Health Organization. *Suicide prevention (SUPRE)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2007., dostupno na: http://WWW.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html, preuzeto: 25.03.2015.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*: WHO.

Wulsin LR, Vaillant GE, Wells VE. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*;61:6-17.

10. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 22.03.1973. godine u Zagrebu. Srednjoškolsko obrazovanje završila sam u srednjoj medicinskoj školi Vrapče 1991. godine, dodiplomski redovni studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu 2000. godine, a specijalistički diplomski stručni studij „Psihijatrijsko sestrinstvo“ na Zdravstvenom veleučilištu 2012. godine.

Radni odnos zasnovala sam 23.07.1991. godine u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče na poslovima srednje medicinske sestre u jedinici pojačane njege Kliničkog odjela za opću i forenzičku psihijatriju i kliničku psihofiziologiju. Od 1995. godine radim na poslovima Više medicinske sestre u jedinici pojačane njege i odjelu socioterapije, a od proljeća 2008. godine u Zavodu za liječenje i rehabilitaciju kao glavna sestra odjela za liječenje afektivnih i anksioznih poremećaja.

Od 2006. godine izabrana sam u suradničko zvanje asistenta kao naslovno zvanje na Katedri za zdravstvenu njegu pri Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, iz područja psihijatrijske zdravstvene njege i gerijatrijske zdravstvene njege, a od 2014. godine mentor sam pripravnicima u Klinici za psihijatriju Vrapče.

Uspješno sam završila poslijediplomske edukacija iz područja psihijatrije; izobrazbu za grupnog terapeuta na Institutu za grupnu analizu, 2010. godine te tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I kategorije „Psihološki aspekti u palijativnoj skrbi“ pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu, 2015. godine.

Članica sam više stručnih društava i od 1998. godine aktivno sudjelujem u radu Hrvatskog udruženja medicinskih sestara, Psihijatrijskog društva medicinskih sestara, Hrvatske komore medicinskih sestara, Društva za hospicijsku i palijativnu zdravstvenu skrb. Član sam izvršnog odbora Udruge za psihosocijalnu pomoć i rehabilitaciju koja u Klinici za psihijatriju Vrapče djeluje od 1932. godine. Autor sam oko dvadesetak kongresnih izlaganja i poster prezentacija na domaćim i međunarodnim znanstvenim i stručnim skupovima.

Ponosna sam majka dvoje prekrasne djece, Ane i Tina.



PI name _____
Study Lu AA21004 _____
Subject Number _____
Subject Initials _____
Date of Assessment _____

UPITNIK ZA OCJENU RIZIKA OD SAMOUBOJSTVA – SVEUČILIŠTE COLUMBIA (C-SSRS)

Verzija za početak studije

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

Upozorenje:

Ovaj upitnik trebaju koristiti kvalificirani kliničari. Pitanja u Upitniku za ocjenu rizika od samoubojstva - Sveučilište Columbia (C-SSRS) su formulirana za sugestiju. Konačna ocjena prisutnosti suicidalnosti ovisi o kliničkoj procjeni.

*Definicije suicidalnog ponašanja u ovom upitniku temelje se na definicijama koje su se koristile u upitniku **The Columbia Suicide History Form** sljedećih autora: John Mann, MD i Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, str. 103. –130., 2003.)*

Za separate upitnika C-SSRS kontaktirajte: Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; za upite kontaktirajte posnerk@childpsych.columbia.edu



PI name _____
 Study Lu AA21004 _____
 Subject Number _____
 Subject Initials _____
 Date of Assessment _____

ZAMIŠLJANJE SAMOUBOJSTVA	
<p>Postavite pitanje 1 i 2. Ako su oba odgovora negativna, prijedite na odjeljak "Suicidalno ponašanje". Ako je odgovor na pitanje 2 "da", postavite pitanja 3, 4 i 5.</p>	Životni vijek – vrijeme kad se ispitanik osjećao najsuicidalnije
<p>1. Želja da bude mrtav Ispitanik želi biti mrtav ili više ne želi živjeti odnosno želi zaspati i više se ne probuditi. Jeste li poželjeli da budete mrtvi ili da možete zaspati i više se ne probuditi?</p> <p style="text-align: right;">Učestalost zamišljanja: _____</p> <p>Ako da, opišite:</p>	<p>Da Ne</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Neodređene aktivne misli o samoubojstvu Općenite neodređene misli o tome da se okonča vlastiti život odnosno počini samoubojstvo. "Pomislio sam da se ubijem" bez misli o tome kako se ubiti odnosno s tim povezani načini, namjere ili planovi tijekom razdoblja procjene. Jeste li ustvari pomislili da se ubijete?</p> <p style="text-align: right;">Učestalost zamišljanja: _____</p> <p>Ako da, opišite:</p>	<p>Da Ne</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Aktivno zamišljanje samoubojstva na bilo koji način (neplanirano) bez namjere da se počini samoubojstvo Ispitanik razmišlja o samoubojstvu i pomislio je na barem jedan način kako da se ubije tijekom razdoblja procjene. To je različito od točno određenog razrađenog plana s pojedinostima o vremenu, mjestu ili načinu kako da se ubije (npr. pomisao o načinu kako da se ubije, ali bez određenog plana). To uključuje osobu koja bi rekla "Pomislio sam da se predoziram, ali nikada nisam konkretno planirao kada, gdje ili kako bih to ustvari i učinio... i nikada to ne bih do kraja izveo". Jeste li razmišljali o tome kako biste to mogli učiniti?</p> <p style="text-align: right;">Učestalost zamišljanja: _____</p> <p>Ako da, opišite:</p>	<p>Da Ne</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Aktivno zamišljanje samoubojstva s ponekom namjerom da se počini samoubojstvo, ali bez točno određenog plana Aktivne misli o tome da se počini samoubojstvo te ispitanik izjavljuje da je imao <u>poneku namjeru da učini to o čemu razmišlja</u>, a suprotno je izjavi "Razmišljam o tome, ali sigurno neću ništa učiniti u vezi toga". Jeste li imali takve misli i poneku namjeru da to i učinite?</p> <p style="text-align: right;">Učestalost zamišljanja: _____</p> <p>Ako da, opišite:</p>	<p>Da Ne</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>



PI name _____
Study Lu AA21004 _____
Subject Number _____
Subject Initials _____
Date of Assessment _____

5. Aktivno zamišljanje samoubojstva s točno određenim planom i namjerom

Misli o tome da se počini samoubojstvo s pojedinostima plana potpuno ili djelomično razrađenima te ispitanik ima poneku namjeru da to i učini.

Jeste li počeli razrađivati pojedinosti ili ste ih već razradili o tome kako da počinite samoubojstvo?

Namjeravate li i provesti taj plan?

Da Ne

☐☐

Učestalost zamišljanja: _____

Ako da, opišite:



PI name _____
 Study Lu AA21004 _____
 Subject Number _____
 Subject Initials _____
 Date of Assessment _____

INTENZITET ZAMIŠLJANJA		
Vrsta zamišljanja	Vrsta br. (1-5)	Opis zamišljanja
<p><u>Početak studije</u> Najčešće zamišljanje: _____ Najekstremnije zamišljanje: _____</p>		
<p>Slijedeće karakteristike se ocjenjuju i s obzirom na najčešće vrste i s obzirom na najekstremnije vrste zamišljanja. Pitajte ispitanika za vrijeme kad se osjećao najsuicidalnije. Ocijenite najčešće zamišljanje samo ako su najekstremnije i najčešće različiti.</p>		
Učestalost		
<p>Koliko ste puta imali takve misli?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. manje od jednom tjedno 2. jednom tjedno 3. 2-5 puta tjedno 4. svaki dan ili skoro svaki dan 5. puno puta svakog dana 		
Trajanje		
<p>Kad imate takve misli, koliko dugo one traju?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kratko – nekoliko sekundi ili minuta 2. manje od 1 sata / neko vrijeme 3. 1-4 sata / puno vremena 4. 4-8 sati / većinu dana 5. više od 8 sati / dugo ili neprekidno 		
Sposobnost kontroliranja misli		
<p>Jeste li mogli odnosno možete li prestati razmišljati o tome da se ubijete odnosno o želji da umrete kad to poželite?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lako može kontrolirati svoje misli. 2. Može kontrolirati svoje misli uz manje poteškoće. 3. Može kontrolirati svoje misli uz dosta poteškoća. 4. Može kontrolirati svoje misli uz puno poteškoća. 5. Ne može kontrolirati svoje misli. 6. Ni ne pokušava kontrolirati svoje misli. 		
Razlozi da se ne počinu samoubojstvo		
<p>Postoje li neki razlozi – netko ili nešto (npr. obitelj, vjera, bol kod umiranja) – koji su Vas spriječili da poželite umrijeti ili da počinete samoubojstvo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ti razlozi su Vas sigurno spriječili u pokušaju samoubojstva. 2. Ti razlozi su Vas vjerojatno spriječili. 3. Nije sigurno da su Vas ti razlozi spriječili. 4. Ti razlozi Vas najvjerojatnije nisu spriječili. 5. Ti razlozi Vas sigurno nisu spriječili. 6. Nije primjenjivo; postoji samo želja da umre. 		
Razlozi zamišljanja samoubojstva		
<p>Kakve ste razloge imali da želite umrijeti odnosno da počinete samoubojstvo? Da li je to bilo da prekinete bol odnosno da se više ne osjećate tako kako se osjećate (drugim riječima, niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate) ili je to bilo da privučete pažnju, da se osvetite nekome odnosno da izazovete reakciju od drugih? Ili i jedno i drugo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Potpuno da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih. 2. Uglavnom da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih. 3. Jednako i da dobije pažnju, da se osveti odnosno da izazove reakciju od drugih, kao i da prekine odnosno spriječi bol. 4. Uglavnom da prekine odnosno spriječi bol (niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate). 5. Potpuno da prekine odnosno spriječi bol (niste više mogli živjeti s ovom boli ili na način kako se osjećate). 		



PI name _____
Study Lu AA21004 _____
Subject Number _____
Subject Initials _____
Date of Assessment _____

SUICIDALNO PONAŠANJE (Označite sve što se odnosi na ispitanika, uz uvjet da se radi o zasebnim događajima, morate postaviti pitanje o svim vrstama ponašanja)		Životni vijek	
Stvarni pokušaj samoubojstva: Potencijalni čin samoozljeđivanja počinjen s bar ponekom željom da se umre, kao rezultat toga čina. To je ponašanje djelomično smišljeno kao način da se počinji samoubojstvo. Namjera ne mora biti stopostotna. Ako postoji bilo kakva namjera odnosno želja da se umre koja je povezana s tim činom, tada se to može smatrati stvarnim pokušajem samoubojstva. Ne mora postojati nikakva ozljeda , već samo potencijalna ozljeda. Ako osoba povuče obarač dok joj je vatreno oružje u ustima, ali oružje nije ispravno i zato ne dođe do ozljede, to se smatra pokušajem samoubojstva. Podrazumijevana namjera: Čak ako osoba negira namjeru odnosno želju da umre, to se može klinički podrazumijevati iz njenog ponašanja odnosno iz okolnosti. Na primjer, vrlo smrtonosan čin koji očigledno nije nesreća tako da se može podrazumijevati da se radi jedino o samoubojstvu (npr. pucanj iz vatrenog oružja u glavu, skok s prozora s visokog kata). Također, ako netko negira namjeru da umre, ali smatra da ono što je učinio jest smrtonosno, može se podrazumijevati da se radi o namjeri. Jeste li pokušali počiniti samoubojstvo? Jeste li učinili bilo što kako bi se ozlijedili? Jeste li učinili bilo što opasno pri čemu ste mogli umrijeti? Što ste to učinili? Jeste li _____ kao način na koji ćete okončati svoj život? Jeste li željeli umrijeti (bar malo) kada ste _____? Jeste li pokušavali okončati svoj život kada ste _____? Ili jeste li pomislili da je moguće da ćete umrijeti zbog _____? Ili jeste li to učinili iz sasvim drugih razloga odnosno bez IKAKVE namjere da počinite samoubojstvo (npr. da smanjite stres, da se bolje osjećate, da izazovete suosjećanje ili da postignete da se nešto drugo dogodi)? (samoozljeđivanje bez namjere počinjenja samoubojstva) Ako da, opišite: _____		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ukupni broj pokušaja _____	
Prekinuti pokušaj samoubojstva: Kad osobu nešto prekine (neka vanjska okolnost) u početku potencijalnog počinjenja samoozljeđivanja (da toga nema, došlo bi do stvarnog pokušaja samoubojstva). Predoziranje: Osoba ima tablete u ruci, ali je nešto prekine pa ih ne proguta. Kad jednom proguta bilo koju tabletu, to postaje pokušaj, a nije više prekinuti pokušaj. Pucanje: Osoba ima vatreno oružje upereno u sebe, oružje netko drugi uzme ili je na neki drugi način spriječen da povuče obarač. Kad jednom povuče obarač, čak i ako vatreno oružje ne opali, to jest pokušaj. Skakanje: Osoba se sprema skočiti, netko je primi i makne s ruba. Vješanje: Osoba ima omču oko vrata, ali još se nije objesila – spriječen je u tom činu. Jeste li ikada krenuli nešto učiniti da okončate svoj život, ali Vas je netko ili nešto spriječilo prije nego što ste to ustvari i učinili? Ako da, opišite: _____		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ukupni broj prekinutih pokušaja _____	
Odustajanje od pokušaja: Kada osoba počne poduzimati korake da pokuša počiniti samoubojstvo, ali se zaustavi prije nego što se ustvari upusti u bilo koju vrstu autodestruktivnog ponašanja. Primjeri su slični prekinutom pokušaju samoubojstva, osim što se osoba sama zaustavi, a ne spriječi je nešto drugo. Jeste li ikada krenuli nešto učiniti da pokušate okončati svoj život, ali ste se zaustavili prije nego što ste ustvari bilo što i učinili? Ako da, opišite: _____		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne Ukupni broj odustajanja _____	
Čin ili ponašanje pripremanja samoubojstva: Čin ili priprema za neposredni pokušaj samoubojstva. To može uključivati bilo što što nadilazi verbalizaciju ili razmišljanje, kao npr. prikupljanje točno određenih sredstava (npr. kupovanje tableta, kupovanje vatrenog oružja) ili pripremu vlastite smrti samoubojstvom (npr. davanje vlastitih stvari drugima, pisanje oproštajnog pisma). Jeste li poduzeli bilo kakve korake da pokušate počiniti samoubojstvo ili ste se pripremali da počinite samoubojstvo (npr. skupljali ste tablete, nabavili vatreno oružje, dali svoje vrijedne stvari drugima ili ste napisali oproštajno pismo)? Ako da, opišite: _____		<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	



PI name _____

Study Lu AA21004 _____

Subject Number _____

Subject Initials _____

Date of Assessment _____

Suicidalno ponašanje:

Suicidalno ponašanje je bilo prisutno tijekom razdoblja procjene.

Da No

☐ ☐**Počinjeno samoubojstvo:**

Da No

☐ ☐



PI name _____
 Study Lu AA21004 _____
 Subject Number _____
 Subject Initials _____
 Date of Assessment _____

Odgovorite samo za stvarne pokušaje samoubojstva	Datum posljednjeg pokušaja samoubojstva: <i>unesite šifru</i>	Datum najsmrtonosnijeg pokušaja samoubojstva: <i>unesite šifru</i>	Datum prvog pokušaja samoubojstva: <i>unesite šifru</i>
Stvarna smrtonosnost / medicinsko oštećenje: 0. bez tjelesnog oštećenja ili vrlo malo tjelesno oštećenje (npr. površinske ogrebotine). 1. manje tjelesno oštećenje (npr. letargičan govor, opekline prvog stupnja, slabo krvarenje, iščašenje). 2. umjereno tjelesno oštećenje; potrebna je medicinska skrb (npr. osoba je svjesna ali pospana, donekle reagira, opekline drugog stupnja, krvarenje iz glavnih žila). 3. umjereno teško tjelesno oštećenje; potrebna je hospitalizacija i vrlo vjerojatno intenzivna njega (npr. osoba je u komi s neoštećenim refleksima, opekline trećeg stupnja zahvatile do 20% tijela, golem gubitak krvi ali je oporavak moguć, veliki prijelomi). 4. teško tjelesno oštećenje; potrebna je hospitalizacija i intenzivna njega (npr. osoba je u komi i bez refleksa, opekline trećeg stupnja zahvatile preko 20% tijela, golem gubitak krvi s nestabilnim vitalnim znakovima, veliko oštećenje vitalne funkcije). 5. smrt	_____	_____	_____
Potencijalna smrtonosnost: odgovorite samo ako je stvarna smrtonosnost = 0 Vjerojatna smrtonosnost stvarnog pokušaja samoubojstva ako nema medicinskog oštećenja (sljedeći primjeri, iako nisu doveli do stvarnog medicinskog oštećenja, mogli su dovesti do vrlo velike smrtonosnosti: osoba je stavila vatreno oružje u usta i povukla obarač, ali oružje nije opalilo i nije došlo do medicinskog oštećenja; osoba je legla na tračnice kad je stizao vlak, ali se maknula s tračnica prije nego ju je vlak pregazio). 0 = ponašanje koje vjerojatno neće dovesti do ozljede 1 = ponašanje koje će vjerojatno dovesti do ozljede, ali vjerojatno neće prouzročiti smrt 2 = ponašanje koje će vjerojatno završiti smrću unatoč dostupnoj medicinskoj skrbi	_____	_____	_____

Rater's signature: _____
 (not to be databased)

Rater's Initials:

--	--	--

 First Middle Last

Date:

--	--	--	--	--

 Day Month Year (not to be databased)